

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1065.

DU
TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

PAR LES

BADIGEONNAGES DE GAÏACOL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOISSAT François

Né le 15 septembre 1869, à Pont-de-Chéruc (Isère).

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX (CONCOURS DE 1892-93).



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1065.

DU

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

PAR LES

BADIGEONNAGES DE GAÏACOL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOISSAT François

Né le 15 septembre 1869, à Pont-de-Chérucy (Isère).

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX (CONCOURS DE 1892-93).



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire		POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène		BARD.
Thérapeutique		SOULIER.
Pharmacie		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. RODET.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (Étienne).
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.).	WEILL.
DIDELÔT.	ROCHET.	BARRAL
		MOREAU
		} chargés des fonctions d'agrégés.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BARD, Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. ROQUE et WEILL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

Le D' MANILLIER

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BARD

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ MIXTE

DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

MEIS ET AMICIS

Ce travail nous a été inspiré par M. le professeur Bard qui a été en France le vulgarisateur des badigeonnages de gaïacol. A peine, le nouveau médicament était-il indiqué par Sciolla, de Gênes, dans une courte note de la Semaine médicale, que M. Bard contrôlait et vérifiait les conseils du docteur génois. Le 4 juin 1893, il communiquait en effet, à la Société des Sciences médicales de Lyon les résultats de ses recherches et attirait l'attention de ses collègues sur ce nouveau liquide, doué de propriétés antithermiques et antipyrétiques si grandes. Depuis, il n'a cessé d'étendre encore le domaine des indications de ce corps. Non content de l'essayer dans la fièvre des tuberculeux, d'en montrer les dangers à hautes doses, d'en donner la posologie rationnelle, il l'emploie dans d'autres pyrexies, et, en particulier, dans l'érysipèle, où il obtient de nombreux succès.

Pendant ce temps, son exemple était imité et des travaux nombreux se publiaient. Mais M. Bard ne s'en tient pas là, et, comme il le disait dans son article du Lyon médical, il veut appliquer les badigeonnages dans

d'autres hyperthermies. C'est ainsi qu'il a été amené à les expérimenter dans la pneumonie. Là encore ses travaux ont répondu à son attente : sur 11 malades traités à l'hôpital Saint-Pothin, dans son service, il a eu 9 guérisons par ce traitement.

Voilà pourquoi, dans ce modeste travail, nous essayerons de montrer les bons effets de la médication cutanée dans la pneumonie. Mais nous laisserons de côté toutes les variétés cliniques de la pneumonie pour ne parler que de la pneumonie franche et prouver que la médecine n'est pas complètement désarmée contre cette entité pathologique.

Dans un premier chapitre, nous ferons un court historique de l'action antipyrétique du gaïacol ; notre second sera consacré à relater les observations que nous avons recueillies ; dans un troisième, nous en tirerons les conséquences, nous poserons nettement les indications et contre-indications du gaïacol et noterons ses effets dans la pneumonie.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous ne saurions trop remercier M. le professeur Bard pour la bienveillance qu'il nous a montrée pendant que nous étions externe dans son service. Il nous a non seulement guidé de ses conseils, mais encore il a mis à notre disposition les trésors de sa merveilleuse collection d'observations. Nous lui exprimons encore notre gratitude pour l'honneur

qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit encore permis de témoigner notre reconnaissance bien vive à M. le professeur Bondet, à MM. les professeurs agrégés Roque et Courmont, A. Pollosson et Rochet, ainsi qu'à M. Aubert, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille. Ce que nous savons, c'est grâce à leurs bonnes leçons, à leur bonté que nous le devons. C'est dans leurs services, où nous avons été successivement externe, que nous l'avons appris.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE DE L'ACTION ANTIPYRÉTIQUE DU GAIACOL.

Dans ce premier chapitre, nous nous occuperons surtout de l'historique de l'action antipyrétique du gaïacol. Nous chercherons successivement à résoudre les points suivants : Quelle est l'origine du gaïacol ? Quels sont les différents auteurs qui ont employé ce corps ? Quelles formes pharmacologiques ont-ils adoptées ? Quels sont les partisans des potions, capsules ? Quels sont ceux des injections hypodermiques ? Enfin quels sont les défenseurs des badigeonnages ? Nous ajouterons un mot sur les théories qui ont cours sur le mode d'action du gaïacol et nous terminerons en séparant nettement l'action antithermique de l'action antipyrétique — d'après M. le professeur Bard — et nous montrerons surtout les avantages de cette dernière dans la pneumonie.

Retirés de la distillation sèche du bois, les goudrons donnent par un traitement spécial, la créosote. C'est justement de ce produit, mélange complexe de phénols et d'éthers phénoliques, qu'est extrait le gaïacol, liquide analogue à une huile obtenue par la distillation sèche de la résine de gaïac. Le gaïacol, liquide sirupeux soluble dans les huiles, l'éther, fut préconisé par Sahli de Berne, Bourget de Genève et Frentzel de Berlin. En France, il fut expérimenté par le professeur Labadie-Lagrave (1889) sous forme de capsules et potions.

Successivement Diamantberge, Pignol et Picot font part des résultats que leur a donnés le gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ils sont tous unanimes à reconnaître que, s'il ne guérit pas, le gaïacol améliore et constitue presque toujours une excellente thérapeutique palliative. M. le docteur Ferrand l'essaye aussi dans son service de l'hôpital de Laënnec et inspire à M. Demahis l'étude de ce corps comme sujet de sa thèse inaugurale (1890-91, Paris). Il abandonne les potions et les capsules pour choisir *l'injection hypodermique* qui ne fatigue pas l'estomac et qui permet une absorption plus sûre et plus rapide. Comme liquide vecteur, il emploie l'huile d'olive stérilisée. Pour MM. Ferrand et Demahis, le gaïacol est franchement « antituberculeux ».

Dans la thèse d'Anghelovici (Paris, 1891-92), M. le professeur Peter constate que de tous les médicaments employés contre la tuberculose, le gaïacol, à doses centigrammatiques et en injections sous-cutanées, semble avoir donné les résultats les plus satisfaisants. M. Weill, professeur agrégé à la Faculté de Lyon,

médecin des hôpitaux, essayait en même temps les injections sous-cutanées de gaïacol et les appliquait avec succès dans la phtisie pulmonaire. Il injectait tous les jours 10 à 15 centigrammes du médicament à ses malades. De plus, dans trois cas de *gangrène pulmonaire* il obtenait de très bons résultats, mais avec une solution plus concentrée. Dans la dilatation des bronches, dans les bronchites chroniques, Grainger-Stewart préconisait le gaïacol en injections intra-laryngées. Robertson a aussi expérimenté avec succès les injections hypodermiques dans le traitement de la pleurésie purulente. Toutes les solutions de gaïacol utilisées sont dosées au 1/5 et au 1/2. Enfin, MM. Béhal et Choay communiquent en 1893 à l'Académie des Sciences, leur étude sur le « gaïacol cristallisé synthétique ». Mais, depuis la courte note publiée dans la *Semaine médicale* par Sciolla de Gênes (1893), l'usage du gaïacol en badigeonnages externes est devenu aujourd'hui de pratique courante. C'est notamment dans la fièvre bacillaire, d'après Sciolla, que ces frictions, faites avec des doses variant de 2 à 10 et même 30 centimètres cubes, se montrent efficaces. Mais l'auteur italien ajoute : « Le gaïacol, donné par la voie épidermique, agit sur tous les processus fébriles et agit à un moment quelconque de la fièvre, même pendant la période ascensionnelle ». Nous discuterons ce point justement au chapitre « Effets du gaïacol ». Dans le *Lyon médical* du 4 juin 1893, paraît en France, pour la première fois, un mémoire de M. le professeur Bard sur le même sujet. Ce dernier relate plusieurs observations de tuberculeux dont la fièvre avait été traitée par

les badigeonnages. Devant le succès obtenu, M. Bard l'ordonne dans l'érysipèle ; un seul badigeonnage fait le neuvième jour de la maladie, abaisse la température à 36°5 « ce qui peut faire penser que le badigeonnage n'a fait que hâter et parfaire une défervescence imminente ». Déjà, au début de juin, l'impression de M. Bard était que cette méthode cutanée pourrait aussi rendre des services dans d'autres hyperthermies (*Lyon médical* du 29 octobre 1893). Un article de la *Semaine médicale* du 28 juin, relate le précédent mémoire et indique les expériences de M. Federici portant sur des maladies fébriles, telles que rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, *pneumonie*, rhumatisme articulaire aigu.

Robillard, le 8 juillet, communique à la Société de Biologie une note dans laquelle nous relevons ceci : « Dans tous les cas observés, les badigeonnages agissent d'une façon constante et beaucoup plus rapidement que le sulfate de quinine. » Dans la *Loire Médicale* des 15 juillet et 15 septembre 1893, M. Montagnon publie plusieurs cas de dothiéntenterie traités par les badigeonnages et avec succès. Dans une séance de la Société des Sciences médicales de Lyon (août 1893), MM. Bard, Courmont, Guinard, Lannois, Lépine, Linossier, Mayet et Weill engagèrent une discussion sur le mode d'action des badigeonnages. M. le professeur agrégé Lannois, médecin des hôpitaux, publie, dans le *Lyon Médical* du 6 août 1893, un travail sur le mode d'absorption du gaiacol. A ce sujet, une nouvelle discussion s'éleva, dans le sein de la même Société, entre MM. Bard, Guinard, Lannois, Lépine et Weill.

En décembre 1893, le D^r Fleury soutient sa thèse inaugurale sur « des cas où l'abaissement thermique après les badigeonnages n'est pas constaté ». Le *Lyon Médical*, du 18 novembre 1894, contient un article de M. le D^r J. Bosc, de Montpellier « sur le traitement et la guérison possible de la granulie par les badigeonnages de gaïacol. » Un mémoire de Desplats (1894) est aussi de cette époque. Les derniers mots sur le gaïacol ont été dits par MM. Bugnon et Berdez dans la *Revue Médicale de la Suisse romande* (février 1895.)

Telle est, je crois, l'histoire bibliographique du gaïacol et le résumé des travaux qu'il a inspirés. Consacrons maintenant quelques lignes à son action physiologique. Avant tout, le gaïacol abaisse la température fébrile de plusieurs degrés, sans déterminer aucun phénomène d'irritation de la peau dans l'immense majorité des cas. C'est donc un antithermique. Des opinions contradictoires se sont fait jour sur le mécanisme de cet abaissement thermique ; chacun a suivi un peu son penchant. Nous pouvons cependant ramener à trois théories principales les idées qu'ont émises les différents auteurs : la théorie de l'absorption, la théorie nerveuse et la théorie vaso-motrice. Sciolla et Lannois sont partisans de la première ; mais l'un, Sciolla, formule une hypothèse chimique (combinaison du corps avec les toxines pyrétogènes et par suite annihilation de celles-ci) ; l'autre, M. Lannois, démontre que l'absorption se fait par la peau aussi bien que par les muqueuses.

MM. Guinard, Weill et Mayet adoptent la seconde. Pour M. Weill, le gaïacol en injection agirait sur les

extrémités nerveuses périphériques à l'égal de la cocaïne. M. Guinard invoque une action sur le système nerveux s'exerçant à la périphérie sur les terminaisons nerveuses et agissant par voie réflexe sur les grandes fonctions. C'est plutôt pour lui un revulsif qu'un antipyrétique. M. Mayet se range à son avis. Quant à M. Bard, il admet une opinion plus éclectique ; il reconnaît l'absorption probable, l'action nerveuse comme la comprend M. Guinard ; mais il ajoute à ce double effet une influence vaso-motrice, d'où les résultats durables, à longue portée, des badigeonnages.

Son action atteint son maximum au moment où les accès fébriles sont parvenus à leur acmé ou sont voisins du début de la défervescence. Il est actif encore, comme le dit M. Bard « dans le cas où la fièvre sera hors de proportion avec sa cause ou lui aura survécu par suite d'une susceptibilité anormale des centres thermiques, créée peut-être elle-même temporairement par une habitude vicieuse et une sorte de vitesse acquise ». Tandis que M. Sciolla et les auteurs qui s'en sont occupés depuis, ont porté leur attention sur cet abaissement immédiat de la température, M. le professeur Bard a montré qu'il y avait lieu de distinguer de cette action antithermique passagère une action prolongée, se répercutant sur les températures des jours suivants et ne pouvant s'expliquer que par une action du médicament sur la cause pyréto-gène. C'est celle-ci que M. Bard désigne sous le nom d'« action antipyrétique » (*Lyon Médical* du 4 juin 1893), en opposition avec la première. Tandis que l'une (antithermique) se présente à peu près dans toutes les affections, l'autre ne se rencontre que

dans quelques-unes. M. Bard pense en outre que c'est l'antipyrétique qui doit servir de pierre de touche pour l'appréciation de l'utilité réelle du médicament dans telle ou telle maladie. Cette action antipyrétique doit être mise sur le compte de phénomènes vaso-moteurs; reproduits tous les jours, même deux fois par jour, ceux-ci ont une influence très grande sur la processus pathologique, surtout quand il s'agit de processus anatomiques, à résolution lente. Le badigeonnage, en quelque sorte, précipite la convalescence en hâtant la défervescence. Aussi était-il tout naturel que M. le professeur Bard, après ses nombreux succès dans la fièvre des tuberculeux et dans l'érysipèle ait essayé cette méthode dans la pneumonie à marche cyclique si nette et si mathématique et où la température oscille entre 39 et 40°,5. Les résultats ont répondu à son attente. Déjà, dans un article paru dans le *Lyon Médical* du 4 juin 1893, il cite un exemple d'un pneumonique sur lequel il aurait appliqué les badigeonnages de gaïacol (0,50 seulement). Il aurait obtenu chez lui une défervescence spontanée. Mais il n'avait pas encore l'intention arrêtée de l'employer comme méthode de traitement.

Nous avons recherché dans la littérature médicale des applications qui ont été faites à la pneumonie; nous n'avons pu trouver que les noms de MM. Fédérici déjà cité, Hayech, de la polyclinique de Milan et Robillard. Mais, si l'on se reporte aux mémoires originaux, on ne rencontre aucune observation relative à la pneumonie; seulement une phrase consignant les bons résultats qu'ils auraient obtenus dans cette

maladie. Par suite, nous ne pouvons utiliser cette simple citation. Par contre, nous sommes heureux de pouvoir apporter dans notre thèse une série d'observations qui permettent une étude sérieuse de la question. Nous les devons à l'obligeance de M. le professeur Bard ; nous les avons puisées dans son abondante collection de l'hôpital Saint-Pothin.

CHAPITRE DEUXIÈME.

APPLICATION DU GAIACOL A LA PNEUMONIE.

Dans ce chapitre II, nous indiquerons en quelques lignes le moyen d'appliquer les badigeonnages, leur lieu d'élection ; puis viendront onze observations de malades, traités dans le service de M. le professeur Bard. Auparavant, nous les diviserons en deux catégories. La première ne comprendra que les malades guéris par le traitement ; ils sont au nombre de neuf. La deuxième contiendra les deux autres ; arrivés à l'hôpital dans un état très grave, le gaïacol n'a pu empêcher le dénouement fatal.

« Le mode d'emploi, dit M. le professeur Bard, est des plus simple..... On étend simplement avec un pinceau la dose adoptée sur la surface de peau nécessaire pour l'étaler..... On recouvre d'un peu de tarlatane et d'une toile imperméable. » On pratique les badigeonnages tantôt sur une cuisse, tantôt sur le dos de la main, tantôt sur la face antérieure ou postérieure du thorax des malades.

OBSERVATION I.

N° 2303 de la Collection des observations de M. le Pr Bard.

Pneumonie fibrineuse de la partie moyenne du poumon droit. Erysipèle de la face léger, après la défervescence ; contracté dans le service. — Badigeonnages de gaïacol.

D... J..., 38 ans, manoeuvre, né à Lyon, entre à l'hôpital St-Pothin le 1^{er} mai 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans d'une affection cardiaque. Mère morte à 36 ans après une maladie mal déterminée ayant duré deux ans (probablement poitrinaire). un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. Dans l'enfance (7 ans) le malade a eu la rougeole.

Le malade a fait cinq ans de service militaire à Carcassonne, il a gardé la dysenterie pendant un mois et demi ; à Bordeaux, il a eu trois mois des accès de fièvre intermittente qui depuis n'ont plus reparu. Enfin, en 1889, une grippe l'ayant obligé à garder le lit pendant deux mois. Il y a un an, il a eu une pleurésie gauche pour laquelle il a été soigné à l'Hôtel-Dieu chez M. Clément. En dehors de ces accidents morbides, le malade était très robuste, ne toussait jamais. Cependant depuis sa pleurésie, il a maigri beaucoup et perdu ses forces. Quelques accès alcooliques. Pas de syphilis. Pas de rhumatismes. L'affection actuelle a débuté brusquement en pleine santé samedi dernier 29 courant.

Le malade a ressenti tout à coup pendant qu'il travaillait, à 10 heures du matin, un frisson très violent qui dura une heure pendant laquelle il tremblait. En même temps point de côté unique, localisé à la base droite du thorax en avant, il fut

obligé de s'aliter. Pendant deux jours de suite, il a eu deux légères épistaxis et de la diarrhée. La céphalalgie apparut d'emblée avec un peu de mal à la gorge. Pas de coryza.

Depuis ce jour, l'appétit disparut complètement.

Insomnies et cauchemars nocturnes continuellement.

La toux était quinteuse, fréquente et accompagnée de crachats rouges dès le premier jour.

Actuellement le malade a un facies rouge, animé ; les yeux sont brillants, la dyspnée assez intense.

Le point de côté à droite persiste et devient assez violent au moindre mouvement et lorsqu'on percute le malade. La toux est quinteuse, s'accompagne de crachats visqueux, peu aérés, adhérents au vase, ambrés par place.

La soif est intense, la bouche sèche. La langue est large, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre sur toute sa surface. La diarrhée a fini hier.

Au poumon. — A la percussion, on trouve de la submatité à la base droite en arrière et surtout en avant. Les vibrations thoraciques sont augmentées de ce côté.

En arrière et à droite, la respiration est rude, intense, sans râles.

En avant et à la base droite, en dehors du mamelon, on trouve un foyer de râles crépitants fins, éclatant en bouffées, surtout pendant l'inspiration.

Il y a de la bronchophonie et la respiration est soufflante à ce niveau.

Rien à gauche.

Le cœur est régulier. Les battements sont normaux, le malade dit avoir de temps en temps des palpitations, les membres de sa famille aussi. Le pouls est ample, fort, à 105.

Rien à l'exploration de l'abdomen.

Les urines sont rares, rouge foncé.

2 mai. — L'expectoration présente une teinte rosée mais peu accusée, elle est fluide, non adhérente, à peine aérée.

A l'auscultation, on ne constate nulle part de signes positifs, quelques râles à la partie inférieure du poumon droit en avant.

3 mai. — La nuit a été très agitée, accompagnée de délire professionnel. La température s'est élevée à 40°9. L'état général est moins bon, toutefois la langue est humide, il n'y a pas de délire ce matin.

Le pouls est ample, d'assez forte tension, 120.

L'expectoration est plus abondante, franchement rouillée, visqueuse et adhérente, très aérée, sans pus.

En arrière, au sommet droit, souffle tubaire sec aux deux temps; submatité et obscurité dans les parties inférieures avec quelques râles peu nombreux à la limite du souffle, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. Sous l'aisselle, inspiration bruyante s'accompagnant de nombreux râles humides, sous-crépitants.

6 mai. — On a fait un badigeonnage de 50 centigr. de gâïacol, à la cuisse le 4 et le 5. La défervescence s'est produite ce matin, accompagnée de polyurie et de sueurs abondantes. L'expectoration est toujours rouillée, abondante, visqueuse, sans pus.

Dans la fosse sous-épineuse, on constate des bouffées de râles sous-crépitants, superficiels, avec respiration soufflante sans véritable souffle. En avant, les râles sont plus gros mais moins nombreux, la respiration ample et bruyante sans souffle.

9 mai. — La température a présenté depuis deux jours une petite élévation, et on constate à la racine du nez de la rougeur et du gonflement érysipélateux.

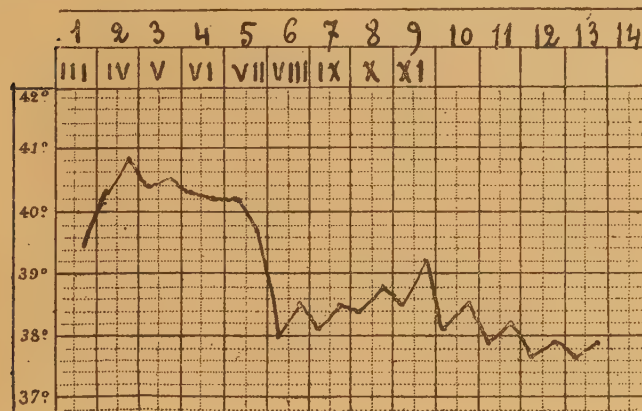
13 mai. — La température s'est abaissée graduellement, le gonflement de la racine du nez a disparu; mais on constate encore des gonflements et de la rougeur de la paupière de l'œil droit.

16 mai. — Les paupières et notamment la paupière supérieure de l'œil droit présente une desquamation très accentuée.

18 mai. — Le bord inférieur du nez présente un peu de rougeur et le malade se plaint de l'existence de deux ganglions sous-maxillaires.

20 mai. — La face présente un gonflement érysipélateux du nez et des parties adjacentes des joues, plus marqué que la première fois.

10 juin. — Sorti.



OBSERVATION II.

N° 2935 de la collection de M le Pr Bard.

*Pneumonie lobaire des deux tiers inférieurs droits. —
Badigeonnages de gaïacol.*

D..., femme C..., 33 ans, ménagère. Entrée le 18 décembre 1894.

Mère bien portante, père mort d'affection inconnue; quatre sœurs bien portantes; une, morte de la variole; réglée à 15 ans, bien régulièrement; trois enfants en bonne santé, un mort en nourrice, d'affection inconnue; jamais de fausses couches. Très bonne santé antérieure, rhumes seulement de temps à autre, en hiver; jamais de toux persistante. Le 10 décembre, en parfaite santé, la malade fut prise d'une céphalalgie intense qui la força de se mettre au lit. Le soir

même, elle eut un frisson assez violent, avec claquement de dents, dont la malade ne peut dire la durée ; mais il avait entièrement disparu le lendemain matin ; elle éprouvait en même temps de la gêne de la déglutition.

Le mari de la malade actuellement à l'hôpital avait été pris la veille d'un grand frisson qui l'avait forcé de s'aliter. Deux jours après le début de sa céphalalgie, la malade put se lever ; elle essaya de faire son ménage et parvint à le faire pendant deux jours malgré la grande fatigue qu'elle éprouvait ; puis elle s'alita définitivement. Le lendemain de ce jour-là, c'est-à-dire le 13 décembre après le début de la maladie, elle ressentit un point de côté droit, extrêmement intense, gênant la respiration et les mouvements.

Cette douleur de côté ne persista que deux à trois jours. La toux est apparue, presque dès le début, sèche d'abord, puis suivie au bout de trois ou quatre jours, d'une expectoration assez rare, très difficile.

De temps à autre survenaient des vomissements biliaires, surtout après les accès de toux.

Peu à peu la toux devint de plus en plus fréquente, l'expectoration plus facile, plus abondante, sans que la malade puisse nettement dire sa couleur.

L'oppression est devenue considérable, la faiblesse extrême, et la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le 30 du mois dernier elle a eu ses règles qui ont duré trois jours, et celles-ci ont réapparu la veille de l'entrée, persistant encore maintenant.

Actuellement, l'état général est très mauvais, la malade répond à peine aux questions, sans présenter toutefois de délire. La dyspnée est très vive. A l'examen du thorax on constate dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, en arrière, une matité absolue. Les vibrations thoraciques sont abolies dans la moitié inférieure de cette zone, tandis qu'elles sont augmentées dans sa moitié supérieure. Obscurité très marquée à l'extrême base, tandis qu'au-dessus il existe un souffle tubaire, intense, aux deux temps, s'accompagnant de

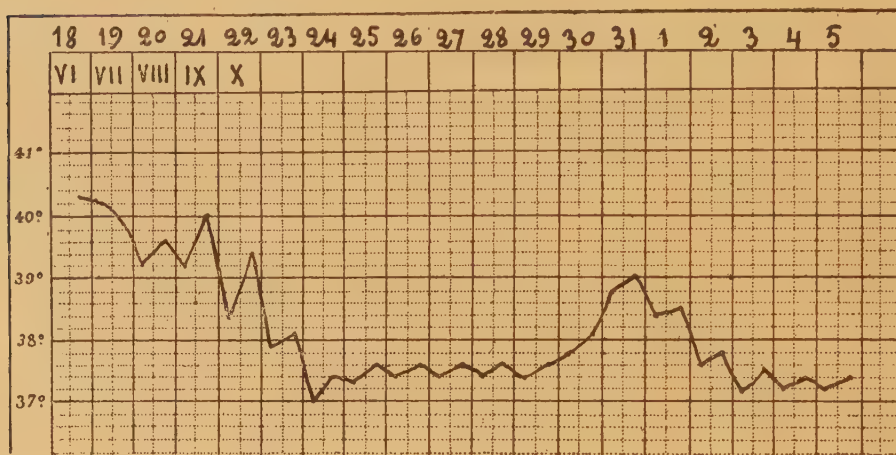
quelques râles bronchiques volumineux à timbre métallique, sans qu'il y ait de bouffées. L'expectoration est muco-fibrineuse, très adhérente, avec une teinte hématiche. Pas d'œdème. Deux ponctions exploratrices avec une seringue de Pravaz ne donnent issue à aucun liquide. Rien de spécial à gauche. Rien au cœur. Pouls = 132. Examen des urines, impossible.

20 décembre. — On a fait hier un badigeonnage avec un gramme de gaïacol qui a provoqué des sueurs abondantes et une amélioration inaccoutumée. L'état général est meilleur, mais il existe un peu d'ictère, déjà net, qui n'existait pas hier.

21 décembre. — L'état général a continué à s'améliorer un peu. L'expectoration ne présente plus de teinte hématiche ; elle est surtout muqueuse, avec quelques points mucopulvulents. L'ictère s'est accentué. Le foie n'est pas augmenté de volume, mais il est très douloureux à la pression et la malade a présenté hier soir une crise douloureuse de plusieurs heures, localisée à la région hépatique pour laquelle elle a réclamé de nombreux cataplasmes. Il n'y a pas eu de vomissements ni d'irradiation dans le membre supérieur. La langue est normale, il existe un peu de constipation. Les battements du cœur sont réguliers, un peu mous, sans bruit normal. Le pouls est ample, de tension moyenne. La malade accuse quelques douleurs dans les membres inférieurs gauches et l'inspection ne révèle rien d'anormal. Les signes d'auscultation ne se sont pas modifiés ni de caractère ni de siège.

7 janvier. — La sonorité et la respiration ont repris leurs caractères normaux à la base droite ; mais on constate un petit abcès dermique vers le milieu de la fosse sous-épineuse. Le lobe droit du corps thyroïde est le siège d'une augmentation de volume uniforme, un peu douloureux à la pression, de consistance molle, presque fluctuante. Le développement de la tumeur aurait débuté, il y a un an, et celle-ci présenterait un volume variable gênant par moment la déglutition.

11 janvier. — La température a présenté une élévation accidentelle de deux jours, en rapport avec une angine intercurrente, au cours de laquelle on a constaté des vésicules d'herpès sur les amygdales.



OBSERVATION III.

N° 3013 de la collection de M. le Pr Bard.

Pneumonie fibrineuse des trois quarts inférieurs gauches ; petit foyer moyen droit. — Gaïacol. — Déferescence précoce. — Pleurésie consécutive (tuberculeuse).

G..., F..., 29 ans, manœuvre. Entré le 12 mars 1895. Sorti le 12 avril 1895.

Père et mère morts d'affection inconnue, trois frères ou sœurs bien portants.

Très bonne santé habituelle ; le malade ne se connaît aucune maladie antérieure, toussait à peine l'hiver. Jamais

de bronchite prolongée ni d'hémoptysie. Cependant depuis le mois de décembre dernier, le malade tousserait, bien que n'ayant jamais suspendu son travail.

L'affection actuelle a débuté le samedi 9 mars. Depuis une quinzaine de jours déjà, le malade se sentait fatigué, il était abattu, avait de petits frissons, mais il conserva parfaitement l'appétit et n'interrompit nullement son travail.

Le 8 mars, malgré cet état, le malade se trouvait assez bien et il se coucha, en somme, en pleine santé. Le 9, à son réveil, il se sentait mal à son aise ; malgré cela, il se leva pour faire son travail, mais vers dix heures du matin, il fut pris d'un violent frisson. Il rentra chez lui et s'alita. Dans la soirée survint un point de côté sous-mammaire gauche. La toux apparut dès le 9 au soir, pénible à cause de la douleur de côté, suivie d'une expectoration rare, difficile, gommeuse, claire. Ce n'est que le 11 au matin que l'expectoration prit une teinte hématique. L'appétit diminue, mais sans disparaître entièrement.

Actuellement l'état général est assez bon, bien que le malade paraisse abattu. La dyspnée est très marquée, 56, sans orthopnée ; les respirations sont très régulières. La langue est un peu étalée, sèche, saburrale, rouge sur les bords et à la pointe. Pas de constipation, ni de diarrhée.

Au cœur, la pointe paraît battre dans le cinquième espace très en dessous de la ligne mamelonnaire. Les battements sont réguliers, un peu rapides (96), assez énergiques, les bruits bien frappés, normaux.

Le pouls est régulier, ample, tendu.

La matité splénique est perceptible, mais sur une assez faible étendue.

Les urines contiennent un léger disque d'albumine.

13 mars. — Le malade présente une grande dyspnée, un état général peu satisfaisant. L'expectoration est assez abondante, très hématique. Le point de côté est très intense.

A l'auscultation on constate dans les trois quarts inférieurs du poumon gauche une matité absolue. Dans la plus grande

partie de cette zone, souffle tubaire aux deux temps avec quelques gros râles à timbre métallique. Bronchophonie et exagération des vibrations. Dans le quart inférieur, pas de souffle, l'inspiration est accompagnée de gros râles bronchiques nombreux et les vibrations thoraciques sont diminuées. A l'extrême sommet, respiration bruyante, supplémentaire.

A droite de la partie extérieure de la fosse sous-épineuse dans une zone peu étendue, on constate du souffle peu intense mais net, de l'exagération des vibrations et de la matité. Rien dans le reste de ce poumon.

14 mars. — On a fait hier, à cinq heures, un badigeonnage avec 2 grammes qui a déterminé des sueurs profuses et un très grand soulagement ; mais ce matin le malade se plaint de nouveau d'être aussi oppressé que les jours précédents ; néanmoins la température est plus basse et l'état général paraît un peu meilleur. Les urines contiennent toujours de l'albumine. Les phénomènes d'auscultation ne sont pas notablement modifiés.

16 mars. — On a fait avant-hier un badigeonnage avec deux grammes de gaiacol qui a entraîné la défervescence définitive et a déterminé des sueurs profuses. La nuit qui a suivi a été bonne.

Aujourd'hui, le point de côté persiste encore, mais très atténué. L'expectoration est encore assez abondante, mais n'est plus gommeuse et contient encore quelques stries sanguines.

La sonorité est en grande partie revenue ; cependant il persiste encore un peu de matité de la base ; à la partie moyenne, légère submatité. A l'auscultation, il n'existe plus de souffle ; la respiration est un peu obscure et mêlée à quelques râles sur toute la hauteur, plus nombreux et plus gros à la base. Diminution des vibrations thoraciques à la base, vibrations normales à la partie moyenne.

19 mars. — L'état général continue à être excellent. Il persiste un peu de toux sans expectoration et un léger point de côté à la base du thorax à gauche.

On constate encore dans le quart inférieur de la submatité devenant de la matité à l'extrême base. Dans toute cette zone, diminution des vibrations thoraciques, obscurité, quelques râles très fugaces et un léger souffle expiratoire sans égophonie. En avant pas de matité, même dans la position assise.

Les urines ne contiennent plus d'albumine et n'en contenaient déjà plus le 16.

26 mars. — A la base gauche la matité est absolue dans le tiers inférieur, souffle expiratoire et égophonie, pas de flot.

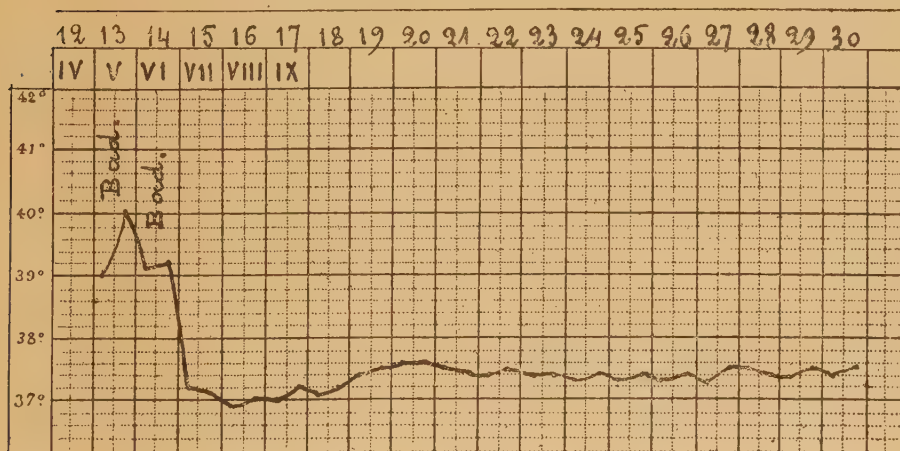
Toutefois l'exploration est gênée par un large vésicatoire. Dans les parties supérieures, surtout au sommet, submatité et grande obscurité et quelques râles très fugaces. En avant pas de matité nette; l'espace de Traube est parfaitement sonore.

En avant sous la clavicule et dans les trois premiers espaces grande obscurité respiratoire, sans râles; sonorité tympanique et vibrations normales.

2 avril. — L'expectoration est presque nulle; on y constate seulement quelques stries purulentes.

A la base gauche il persiste de la submatité et un léger affaiblissement des vibrations thoraciques, mais il n'y a plus de souffle ni de changement dans la voix, et la respiration s'entend bien jusqu'à l'extrême base.

Le malade est parti pour Longchêne.



OBSERVATION IV.

N° 3034 de la Collection de M. le Pr Bard.

Pneumonie lobaire droite.

C. M..., âgé de 30 ans, teinturier, entre le 12 avril 1895.

Père bien portant, mère morte à 60 ans d'affection inconnue, trois frères ou sœurs, bien portants. Assez bonne santé habituelle. Aucune maladie avant l'âge de 30 ans. A ce moment, il aurait eu un chancre mou ; quelque temps après, il fut soigné par M. Garel pour une laryngite de nature inconnue (pilules de goudron, injections de chlorure de zinc). Depuis lors, voix rauque ; aphonie au moindre rhume. Jamais d'hémoptysie. Il y a trois mois et demi, il est entré dans le service de M. le professeur Augagneur pour un chancre syphilitique. Il y a quarante jours, il y contracta un érysipèle pour lequel il vint dans le service, le 23 mars. Il en sortit guéri le 24.

Le malade rentre pour une pneumonie. Il prit un point de côté le 7 avril avec de la dyspnée et de la fièvre à 40°.

On trouve à l'auscultation, de la matité à la base droite, des râles crépitants, un souffle tubaire.

Le 15 avril, la température s'est un peu abaissée, bien que, dès le début, elle ait oscillé autour de 40°.

Un premier badigeonnage de gaïacol lui a été fait le 12. La température tomba de 40°2 à cinq heures, à 38°3 à huit heures.

Le 13, nouveau badigeonnage, avec même dose, la température de 39°6 à huit heures du matin, tombe à 37°8 à onze heures.

Remontée le soir à cinq heures à 40°3, elle est ramenée de la même manière à 37°9 à huit heures.

Le 14 au soir, nouveau badigeonnage, la température étant à 40°6.

Aujourd'hui 15 avril, le malade répond mal aux questions qu'on lui pose, il a le regard vague, un peu de subdélire. La dyspnée est prononcée, 32 respirations, le pouls plein donne 104 pulsations, la langue n'est pas sèche, un peu saburrale au centre, rouge vif sur les bords et à la pointe.

Les battements du cœur sont énergiques. Matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, râles crépitants, à l'inspiration, de cette même région, souffle tubaire intense.

L'expectoration qui est restée rouillée deux à trois jours est devenue gommeuse.

16 avril. — La température s'est un peu abaissée depuis deux jours ; néanmoins la dyspnée reste très vive, et l'état général n'est pas encore satisfaisant.

On constate dans toute la hauteur du poumon droit, en arrière, de la matité avec souffle tubaire intense et de gros râles pseudo-cavitaires. L'expectoration présente une teinte hématique accusée ; elle est très gommeuse, adhérente.

Le malade a eu son frisson dans la nuit du samedi 6 au dimanche 7 avril ; à quatre heures du matin, le malade a senti des frissons et un point de côté en allant aux cabinets.

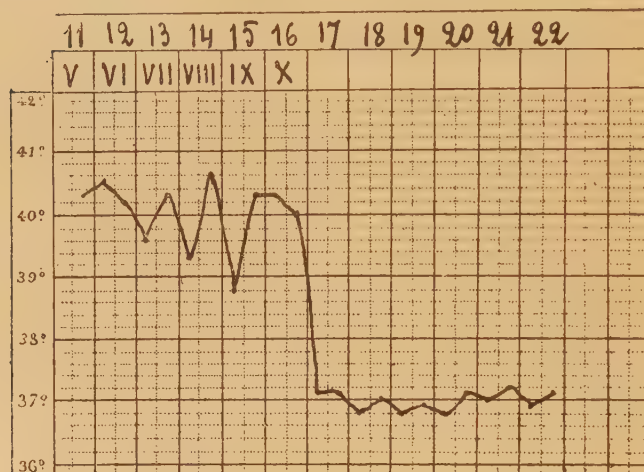
Au moment de l'entrée, l'état général était grave ; il y a eu le 14, du délire très marqué.

18 avril. — On a fait un dernier badigeonnage de 2 grammes de gaïacol le 16, qui a déterminé une défervescence définitive. L'état général est bon, les phénomènes d'auscultation se sont beaucoup modifiés ; on ne constate plus qu'un peu de submatité et un souffle léger, à la partie moyenne du poumon droit en arrière.

23 avril. — Les urines ne contenaient pas d'albumine le 11, et présentaient le 16 un léger disque, qui persiste encore actuellement, mais ayant beaucoup diminué. On constate encore à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse, de la submatité, de l'expiration soufflante et quelques gros râles

bronchiques assez nombreux et se continuant un peu à la base. L'expectoration est peu abondante, mais elle présente par place une teinte rouillée.

6 mai. — Le malade part pour Longchène.



OBSERVATION V.

N° 2914 de la collection des observations de M. le Pr Bard.

Pneumonie lobaire droite.

R... E... A..., 17 ans, garçon boucher, entré le 17 décembre 1894, sorti le 4 janvier 1895.

Mère vivante, serait convalescente d'une pneumonie. Père mort d'affection inconnue. Un frère bien portant, une sœur morte à 4 ans de maladie indéterminée.

Bonne santé habituelle, aucune maladie antérieure, le malade tousse un peu les hivers, cracherait et moucherait alors du sang, jamais de bronchite aiguë.

En pleine santé, il y a 5 jours, le malade eut un frisson violent qui persista un temps indéterminé, assez long. Il se mit au lit, se levant seulement un peu chaque matin pour essayer de travailler ; mais la fatigue considérable qu'il ressentait alors le forçait à se recoucher presque immédiatement. Les premiers jours, il ressentit en même temps une légère douleur dans le côté droit qui disparut peu-à-peu. La toux qui existait depuis une huitaine de jours persiste sans s'accroître et il n'y eut pas d'expectoration.

Actuellement, l'état général est assez bon, mais le facies est coloré, les pommettes, surtout la droite, violacées.

La langue est sale, rouge à la pointe et sur les bords.

Anorexie, pas de diarrhée ni de constipation, quelques douleurs abdominales, vagues, sans localisation.

La toux est insignifiante, l'expectoration presque nulle ; il existe quelques crachats sanglants, mais le malade a, ce matin, mouché un peu de sang.

La dyspnée est assez marquée, la respiration rapide.

A l'examen du thorax, la sonorité est normale à peu près partout. Toutefois, à droite, presque au sommet, à peu près au niveau de l'épine de l'omoplate, il existe une zone très étroite de matité ; à ce niveau, on trouve de l'obscurité respiratoire et, dans les fortes respirations, des râles crépitants fins inspiratoires, assez rares et un souffle léger, mais à timbre tubaire expiratoire. On entend, en outre, dans l'aisselle droite des râles crépitants, fins, inspiratoires, plus nombreux. Rien ailleurs.

Battements du cœur rapides, mais réguliers ; bruits normaux, céphalalgie violente, douleur dans la région de nuque.

A l'examen du ventre, on ne constate pas de ballonnement. La pression, dans les fosses iliaques est douloureuse et il existe un peu de crépitation neigeuse dans la fosse iliaque droite. Exagération de la matité splénique. Pas de taches rosées. Il existe sur la lèvre supérieure, surtout du côté gauche, quelques croûtes, les unes disséminées, les autres

en petit groupe qui semblent résulter de la cicatrisation des vésicules d'herpès; un peu de rougeur du pharynx sans hypertrophie des amygdales et sans qu'on constate rien autre d'anormal.

Faiblesse considérable, un peu d'obnubilation intellectuelle, pouls assez rapide 108, non en rapport avec 40°5, presque petit.

Urines sans albumine.

18 décembre. — L'état général, sans être mauvais, est profondément touché. La face vultueuse, colorée, la respiration rapide, la dyspnée très accusée.

Les vésicules d'herpès de la lèvre sont couvertes de croûtes. A l'examen des poumons, on constate dans la fosse sous-épineuse droite de la submatité et du souffle de timbre tubaire, peu intense à ce niveau; pas de râles.

Dans le haut de l'aisselle, du même côté, quelques râles inspiratoires fins, peu nombreux.

20 décembre. — On a fait, le 18 au soir, un badigeonnage avec 1 gramme de galacol qui a déterminé des sueurs très profuses.

L'état général avait été immédiatement très amélioré, et le malade accusait un grand bien être. La céphalée avait disparu ainsi que le point de côté, la dyspnée était beaucoup moindre.

Un deuxième badigeonnage a été fait hier soir également avec un gramme; il a déterminé des sueurs beaucoup moins abondantes.

Ce matin, le malade se trouve bien; l'aspect général a beaucoup changé.

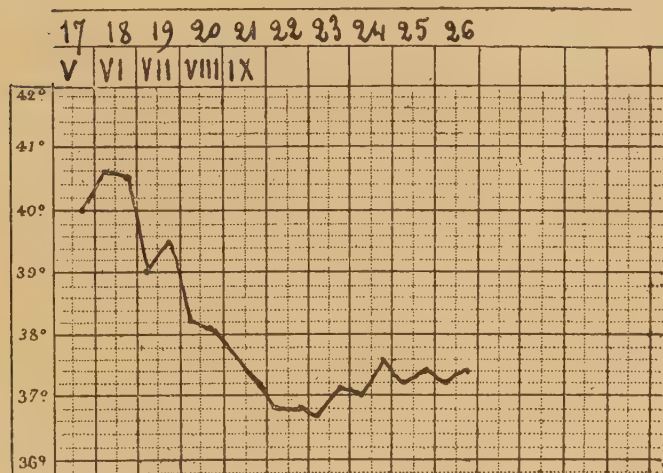
A l'examen des poumons, on constate toujours de la matité dans la fosse sous-épineuse, mais le souffle est moins accusée, et on constate quelques râles peu nombreux. Dans la moitié postérieure du creux axillaire existe un souffle très marqué, de timbre tubaire.

Expectoration peu abondante, muqueuse, avec quelques stries purulentes, sans teinte hématiche.

22 décembre. — Déferescence complète, état général excellent, la matité a diminué, respiration reste très soufflante dans la zone pneumonique sans rales.

Le frisson a eu lieu le jeudi matin 13.

Le point de côté est apparu le 1^{er} janvier.



OBSERVATION VI.

N° 2474 de la collection de M. le P^r Bard.

Pneumonie lobaire prolongée, à résolution lente, du sommet droit. — Badigeonnages de gaïacol.

R... F..., 52 ans, commissionnaire. Entré le 23 octobre 1893, sorti le 1^{er} décembre 1893.

Père mort à 72 ans, mère morte à 66 ans d'affection inconnue, une sœur morte probablement tuberculeuse. Le malade n'aurait jamais eu aucune affection grave, même pendant son service militaire qui a eu lieu en Afrique. — Il

accuse quelques légers excès alcooliques — pituite matutinale et léger tremblement dans les mains. Pas de syphilis, pas de rhumatisme. Aucune affection pulmonaire antérieure ; il ne toussait jamais. L'affection actuelle a débuté brusquement, il y a huit jours, le lundi 16 octobre ; il a eu une légère angine, mais il a pu travailler ce jour-là. Le lendemain mardi il éprouve un frisson très intense, un point de côté, que le malade localise dans la région hépatique. D'emblée, l'expectoration fut visqueuse et rouillée. En même temps, l'état général devient mauvais ; il y eut de la céphalalgie, de l'anorexie et de l'insomnie. Pas d'épistaxis, pas de diarrhée.

Depuis ce jour, son état s'est peu modifié ; il a eu quelques petits frissons, mais ne s'est définitivement alité que jeudi dernier.

Actuellement, état général assez bon ; il existe cependant un peu d'abattement, dyspnée modérée, toux peu fréquente ; expectoration de moyenne abondance composée de crachats visqueux, adhérents et rouillés et assez aérés. La langue est sèche, dépouillée en avant, recouverte d'un enduit assez épais en arrière. Il existe une légère teinte subictérique des conjonctives. L'appétit n'est pas revenu, mais il n'y a ni diarrhée, ni constipation. On constate au niveau des lèvres, des croûtes assez abondantes, indices de vésicules d'herpès desséchées ; le symptôme existerait depuis le début de l'affection. A l'examen du thorax, la respiration est normale ; à gauche, à droite, en arrière, matité et résistance au doigt dans le tiers supérieur. Les vibrations sont légèrement exagérées. A l'auscultation, immédiatement au-dessous de l'épine, dans une zone très restreinte, il existe un souffle tubaire, aux deux temps, de la bronchophonie et du retentissement de la toux, mais pas de râles. Dans la fosse sus-épineuse le murmure vésiculaire est très obscur, sans autres signes.

En avant, sous la clavicule, submatité dans les deux premiers espaces, obscurité assez marquée du murmure vésiculaire.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace sous le mamelon ; les battements sont calmes, réguliers, les bruits un peu sourds. A la pointe, on entend un bruit anormal surajouté au premier bruit et qui paraît être un léger frottement. Le pouls est lent, fort, ample, brusque, mais de tension modérée, il se laisse facilement déprimer.

Le bord du foie dépasse notablement les fausses côtes ; on sent nettement cet organe par la palpation qui est douloureuse. La matité hépatique ne remonte pas au-delà de la sixième côte. Les urines sont rouges, très foncées, ne contiennent pas d'albumine.

24 octobre. — L'état général est assez bon. La toux et la dyspnée sont modérées. L'expectoration est peu abondante et contient des parties de coloration jus de pruneau clair. A gauche, rien d'anormal en avant ; mais en arrière il existe un peu d'obscurité et quelques râles fugaces dans les parties supérieures.

A droite, en avant, submatité légère dans les deuxième et troisième espaces, assez accusée dans les premières. Dans toute cette zone, la respiration est obscure et s'accompagne de quelques râles inspiratoires mobiles presque secs. En arrière, respiration normale dans la moitié inférieure, obscure, avec quelques râles mobiles dans la fosse sus-épineuse. Dans un point limité, immédiatement au-dessous de l'épine de l'omoplate, en dehors, on constate du souffle aux deux temps, surtout inspiratoire, clair, de timbre tubaire, au niveau duquel le retentissement de la voix haute est exagérée et bronchophonique.

La langue est sèche, mais lisse, sans fuliginosités ; les croûtes herpétiques sont nombreuses aux lèvres et à l'entrée des narines. Les boutons ont apparu deux jours environ après la fièvre ; on ne constate rien d'anormal à la gorge si ce n'est l'aspect sec et vernissé du pharynx identique à celui de la langue. Le malade est très affirmatif sur l'existence d'une angine qui a précédé de vingt-quatre heures une fièvre intense.

Depuis le début, l'état a été à peu près continu sans qu'il y ait eu d'amélioration passagère.

26 octobre. — La température s'est élevée. L'état général est moins bon, l'expectoration est assez abondante, séro-muqueuse adhérente, présentant des points hématiques à peine colorés.

Le souffle de la région sous-épineuse droite a augmenté. Il existe aux deux temps, sans râles. Les vibrations thoraciques et le retentissement de la voix haute sont très exagérés.

29 octobre. — On a fait au malade, depuis le 26 courant, deux badigeonnages par jour avec un ou deux grammes de gaiacol. Ces badigeonnages ont déterminé des abaissements plus ou moins marqués, sauf un, fait le 31 au soir, pendant a ligne d'ascension, qui a été suivi d'une élévation de un degré.

La courbe a été immédiatement abaissée par les badigeonnages, mais l'abaissement a été interrompu le 31 par une recrudescence bientôt suivi d'un abaissement.

La température est aujourd'hui peu élevée.

4 novembre. — L'apyrexie s'est établie depuis deux jours où les badigeonnages ont été cessés. L'amélioration de l'état général est très marquée, sans qu'il y ait encore de retour des forces.

La toux est très modérée.

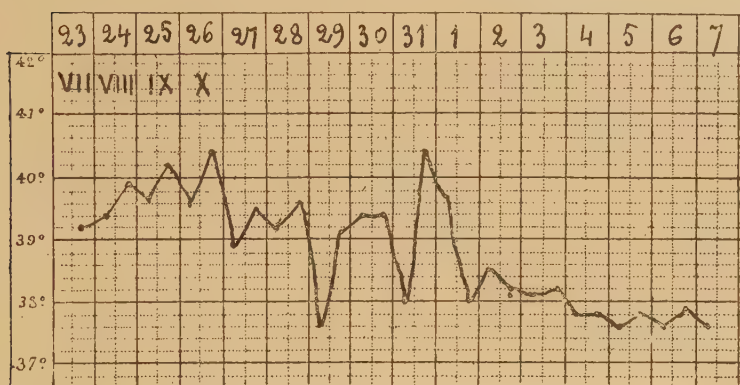
L'expectoration est peu abondante, très gommeuse, claire, contenant cependant quelques rares filets sanguins.

A l'auscultation, à droite, respiration normale à la base, obscurité assez marquée du sommet, sans râles. Au-dessous de l'épine de l'omoplate, en dehors, on perçoit toujours du souffle sec, surtout expiratoire, notablement moindre qu'à l'auscultation précédente.

9 novembre. — Les crachats du 4 novembre ne contiennent pas de bacilles de la tuberculose. L'apyrexie persiste et l'état général s'améliore franchement. L'expectoration est encore assez abondante, mais incolore, muqueuse, avec quelques points opaques.

On constate encore à l'auscultation, à la partie interne et supérieure de la fosse sous-épineuse, du souffle aux deux temps, sans râles, prédominant à l'expiration, plus doux que précédemment, avec un peu de bronchophonie au même niveau.

14 novembre. — On ne constate plus rien de notable, à l'auscultation, que quelques râles inconstants.



OBSERVATION VII.

N° 2757 de la collection de M. le P^r Bard.

Pneumonie lobaire de la base droite. — Gaïacol.

Bamba-Dié-Bathé, 36 ans, né à Badibou (Soudan), demeurant à Lyon (Exposition); entré le 1^{er} juillet 1894, sorti le 2 août 1894.

2 juillet. — Le malade, ne parlant ni ne comprenant le français, n'a pu fournir aucun renseignement.

On constate de la toux, de la dyspnée, un état général peu satisfaisant. L'expectoration est peu abondante, gommeuse et adhérente, sans teinte hématique.

On constate à la base droite de la matité très accusée avec exagération des vibrations et de la voix haute.

A l'auscultation, souffle tubaire aux deux temps s'accompagnant de râles assez nombreux, mais un peu gros d'aspect bronchique.

A l'extrême base gauche, sans qu'il y ait matité, ni souffle, on constate également des râles assez nombreux, gros. De plus, quelques râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

3 juillet. — On a fait hier deux badigeonnages avec gaïacol 1 gr. qui ont déterminé des sueurs profuses, mais ces sueurs se produisaient beaucoup moins tard que d'ordinaire, quelques heures seulement après le badigeonnage. De plus, le gaïacol paraissait s'absorber plus rapidement, la peau paraissait sèche presque immédiatement.

On constate toujours le souffle tubaire à la base, intense ; il n'existe plus de râles.

5 juillet. — Le dernier badigeonnage a été fait hier matin et, depuis ce moment, la température ne s'est plus élevée ; l'état général est meilleur, bien qu'il soit difficile d'en juger avec l'habitus uniforme du malade. On constate toujours matité et un peu de souffle à la base.

9 juillet. — Apyrexie complète depuis le 5. On trouve toujours de la matité à base droite. Il n'existe plus de souffle ; à la fin de l'inspiration, encore quelques râles fins assez nombreux. Rien d'anormal dans la partie supérieure, du côté opposé.

17 juillet. — D'après renseignements fournis par l'intermédiaire de l'interprète, le malade aurait commencé à être souffrant le 20 juin, mais début lent. On ne peut pas obtenir de renseignements précis sur l'évolution des premiers symptômes et le véritable début. Il a eu un point de côté à gauche, de la céphalée, de l'anorexie et de la faiblesse des jambes. Il avait eu des crachats rouges fréquents et abondants, même deux hémoptysies l'année précédente.

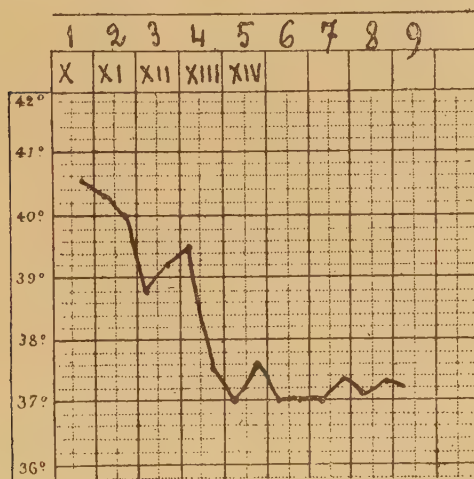
On constate toujours submatité à base droite, de l'obscurité

et quelques râles fins. On a appliqué un vésicatoire à ce niveau.

21 juillet. — Supporté impatiemment son vésicatoire. Actuellement, plus de matité ; respiration redevenue ample, sans râles.

Aux sommets, on ne constate rien d'anormal à droite, mais obscurité assez marquée à gauche, en avant comme en arrière.

Etat général bon, appétit excellent.



OBSERVATION VIII.

N° 2 312 de la collection de M. le Pr Bard.

Pneumonie lobaire droite.

C... P..., âgé de 47 ans, chaudronnier, entré le 2 juin 1893 et sorti le 17 juin 1893.

Père mort asthmatique à 51 ans. Mère vivante 68 ans, rhumatisante, a eu dix frères et sœurs, dont deux survivent

et sont bien portants, les autres sont tous morts, entre trois et cinq ans probablement de méningite.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. A l'âge de 10 ans, le malade, qui habite le quartier de la Mouche, a eu pendant trois mois des accès de fièvre intermittente à type tierce; accès qui n'ont plus reparu. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Bonne santé habituelle jusqu'en 1889.

A cette époque, il fit un séjour à l'Hôtel-Dieu, chez M. Lépine pour une bronchite grave qui dura trois mois.

Depuis lors, il a toujours toussé un peu, surtout pendant l'hiver; très sujet à des accès de dyspnée, il ne pouvait faire de travaux pénibles, jamais d'hémoptysies. Les fonctions digestives ont toujours été normales. Pas d'amaigrissement. Jamais de rhumatismes.

Dimanche dernier, 28 mai, il a travaillé toute la journée, sans fatigue.

Lundi (il y a cinq jours) à huit heures du matin, il éprouva brusquement de petits frissons et un point de côté à droite, frissons et point de côté qui ont reparu; depuis il lui fut impossible de continuer son travail et il s'alita. La dyspnée s'installa d'emblée très intense. La toux était quinteuse, accompagnée de crachats épais, abondants, mais non striés de sang.

L'appétit disparut et le malade a eu pendant deux à trois jours une diarrhée modérée. Pas d'épistaxis, pas d'insomnie. Les urines contiennent des traces d'albumine, elles sont d'une couleur rouge foncé.

L'état général est assez bon, cependant il existe une légère teinte subictérique. Dyspnée intense. Visage rouge, yeux brillants, lèvres cyanosées. La langue est humide, mais saburrale.

L'expectoration est assez abondante, muqueuse sans pus, fluide et incolore dans sa plus grande partie, contenant des taches jaune orangé.

La température est très élevée. Le pouls est à 110, ample.

A gauche, sonorité normale, respiration ample, supplémentaire, avec quelques râles bronchiques.

A droite, matité très accusée dans les deux tiers inférieurs, diminution des vibrations thoraciques, pas de bronchophonie ni d'œgophonie.

La respiration est obscure, encombrée de râles nombreux assez gros. Il existe un souffle aux deux temps, tubaire assez intense mais limité à une zone étroite à l'union du tiers moyen avec les tiers inférieurs, près de la colonne.

En avant, sonorité un peu exagérée à droite ; à l'auscultation, la respiration est bruyante.

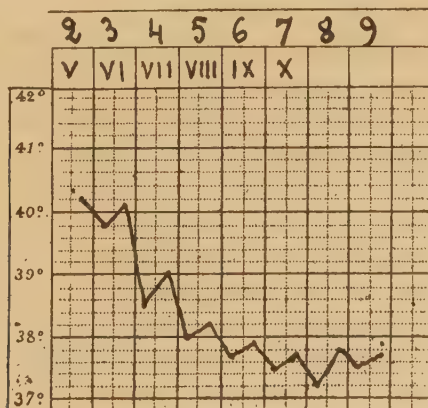
Les bruits du cœur sont un peu sourds, sans autre modification, les contractions sont brèves, assez énergiques. Un peu de diarrhée qui persiste (quatre à cinq selles) dans la matinée.

Le 6 juin 1893, on a fait le troisième badigeonnage d'un gr. de gaiacol qui a déterminé un abaissement d'un degré. La défervescence s'étant produite, le lendemain on ne l'a pas renouvelé.

A la base droite, la matité persiste avec exagération des vibrations sans bronchophonie.

A l'auscultation, on ne constate plus qu'un souffle très atténué et de nombreux râles sous-crépitaux assez gros.

10 juin. — La base droite n'a pas encore repris son état normal, on y constate toujours de la submatité, des râles ronflants et une respiration un peu bruyante et prolongée.



OBSERVATION IX.

N° 1721 de la collection de M. le P^r Bard.

Pneumonie lobaire de la base droite. — Pleurésie légère concomitante.

II. — PNEUMONIE LOBAIRE DE LA BASE DROITE.

B..., 30 ans, boulanger. Entré le 7 septembre 1891 pour de la dyspnée, un point de côté et de la fièvre. Le début a été brusque et s'est fait le vendredi 4 septembre dans la matinée.

A trois reprises, il a eu des vomissements abondants et un point de côté au niveau de la région mammaire droite. Il a dû se coucher le vendredi matin et ne s'est pas relevé depuis.

Père mort à 67 ans d'affection ignorée ; mère morte à 56 ans. Un frère et une sœur en bonne santé. La femme du malade est en bonne santé ; un enfant mort-né, un autre enfant âgé de 7 ans, bien portant.

Le malade aurait eu à plusieurs reprises des pneumonies analogues à celle qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Il en eut une première à 21 ans, resta plus d'un mois malade, eut quelques bronchites sans importance. Il est exposé, dans son métier, à respirer les poussières charbonneuses. Il n'est pas alcoolique.

Depuis le début de l'infection, le malade a de l'insomnie, une céphalée frontale vive ; pas de rougeur des pommettes. La langue est épaissie, recouverte d'un léger enduit blanchâtre, rose à la pointe et sur les bords ; diarrhée légère. Pression des fosses iliaques douloureuse. Rate augmentée de volume. 30 respirations à la minute. Aux poumons, en arrière et à droite, à la partie moyenne, un souffle tubaire avec des râles crépitants et de la bronchophonie, tout à fait à la base un souffle expiratoire assez intense, un peu aigre, qui a les caractères du souffle pleurétique et une sorte d'égophonie assez limitée d'ailleurs. La matité existe du côté droit depuis le sommet jusqu'à la base. Rien d'anormal à gauche.

Pouls, 96, fort. Rien d'anormal au cœur.

Les urines ont de l'albumine. Pas d'œdème.

9 septembre. — Après une crise de dyspnée survenue hier soir, le malade se trouve un peu mieux, son point de côté est moins fort. Respiration 32 ; pouls 90. Urines ont toujours albumine.

Au thorax et du côté droit en arrière, matité du sommet à la base ; les vibrations sont normales à la base, fortement exagérées à la partie moyenne. A l'auscultation, souffle de timbre métallique très aigre, intense à la base. Le souffle, à la partie moyenne, est rude et a une tonalité moins aigre qu'à la base.

Expectoration gommeuse.

11 septembre. — Les urines examinées ne contiennent plus d'albumine.

Eruption d'herpès sur les lèvres depuis hier soir. Sudamina nombreux sur le tronc, sueurs très abondantes depuis un jour et demi.

Au poumon droit, en avant, immédiatement sous la clavicule, on constate de la diminution du murmure vésiculaire, puis, à mesure qu'on descend, un souffle d'intensité croissante et qui acquiert son maximum de force à la partie antérieure de la base du poumon droit. Dans l'aisselle, bouffées de râles sous-crépitants. En arrière, pas de souffle à la base ; le souffle existe, mais faible, dans les fosses sus. et sous-épineuses. Râles sous-crépitants, mêlés à des râles de bronchite.

Le 7, température le matin,		39°,8	le soir,	39°,9
8	—	—	39,9	— 40
9	—	—	39,4	— 39,4
10	—	—	39,8	— 39,9
11	—	—	39,8	— 38,9
12	—	—	39	— 38,7
13	—	—	37,9	— 37,5
14	—	—	37,5	— 38,4
15	—	—	37,5	— 37,3

Déferescence. — Parti de l'hôpital le 16, guéri.

II. — PNEUMONIE LOBAIRE DE LA BASE DROITE.

Rentré 25 mars 1892. — Toujours bien porté depuis son départ. En pleine santé, il y a cinq jours, il ressentit un violent point de côté dans le flanc droit. Pas de grand frisson, pas d'épistaxis, vomissements et un peu de diarrhée depuis hier matin. Toux douloureuse. Teinte sub-ictérique légère des conjonctives. Pas de dyspnée, pas de cyanose.

La température est au voisinage de 40°. Langue un peu saburrale. Pouls assez fort, régulier. Pas de douleur abdominale, les urines contiennent de l'albumine. L'état général est assez bon ; à la base gauche, il y a un peu de submatité à l'extrême base. A droite, la matité occupe les deux tiers inférieurs du poumon, mais dans les autres zones il existe des différences marquées entre la moitié inférieure et la moitié supérieure. En bas, le souffle est plus doux, rappelant le timbre pleurétique. En haut, le souffle est tubaire, la voix bronchophonique. Il existe des râles assez nombreux dans les deux zones.

29 mars. — La température est tombée brusquement hier. Dans la moitié inférieure du poumon droit, il existe encore un peu de matité, mais notablement diminuée. Vibrations sont aussi affaiblies dans le quart inférieur, pas de souffle, râles nombreux, inspiratoires, assez gros, augmentant de nombre à mesure qu'on se rapproche de base. La respiration est obscure à l'extrême base et redevient assez ample au-dessus. L'expectoration qui était rouillée présente encore une teinte sucre d'orge assez marquée et une consistance gommeuse. La langue reste étalée et sale.

5 avril. — Après l'application d'un vésicatoire, le point de côté disparaît, l'état général est excellent ; plus de toux, on constate toujours à la base droite l'obscurité de l'inspiration accompagnée d'expiration soufflante. Ces phénomènes existent dans toute la moitié inférieure du poumon, mais s'accroissent en se rapprochant de la base.

III. — PNEUMONIE ATTÉNUÉE DU SOMMET DROIT.

Reentre le 28 mars 1894, pour une nouvelle pneumonie ; dans l'intervalle, le malade aurait eu, en février dernier, un refroidissement.

Le 25 mars, point de côté violent dans l'aisselle droite, douleurs, courbature dans les membres. Toux très fréquente. Toute la nuit, il resta frileux, grands frissons, céphalalgie intense, anorexie, quelques vomissements. Pas de crachats rouillés. Dès le 26, dyspnée très accusée qui a persisté constamment ; depuis, assez bon état général, fièvre modérée, langue saburrale, rose sur les bords ; expectoration séro-muqueuse.

Au thorax, à droite et en arrière, matité et résistance au doigt dans la fosse sus-épineuse et la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse, matité également à la partie supérieure de la ligne axillaire. Vibrations augmentées à ce niveau ; à l'auscultation, à la partie supéro-externe de la fosse sous-épineuse ainsi que vers l'aisselle, souffle tubaire intense aux deux temps sans râles dans la respiration normale, mais bouffées de râles crépitants typiques provoqués par la toux. Pas de bronchophonie notable. Pectoriloquie aphone accusée. Dans la fosse sus-épineuse, respiration obscure. A la base et en avant, ainsi qu'à gauche, sonorité et respiration à peu près normale, sauf quelques légères sibilances mobiles et disséminées.

Rien d'anormal au foie, à la rate. Pouls est ample et régulier. La température est de 38° à l'entrée. Urines sans albumine.

Le 29, 37°5 le matin et 39° le soir, un vésicatoire appliqué l'avant-veille a soulagé le malade. Au thorax, au sommet droit, fosse sus-épineuse, et dans le haut de l'aisselle, matité et souffle tubaire sans râles.

31 mars. — Température se relève brusquement à 40°2, céphalalgie violente sans frissons, envies incessantes d'uriner ; ce matin, céphalée persiste. Plus de point de côté. Souffle

tubaire un peu plus intense dans la fosse sus-épineuse droite, avec bronchophonie légère, quelques râles sous-crépitaux fins.

Expectoration abondante séro-gommeuse, aérée, citrine de teinte. Pouls 104. 60 respirations.

3 avril. — La température s'est abaissée graduellement et est descendue à 39°9 le 30 mars soir ; 38°8 le 31 au matin ; 40°2 le soir. Puis 38°9, 39° le 1^{er} avril ; et 37°5, 37°5 le 2 ; et 37°4 et 37°3 le 3 avril, jour où le malade a quitté le service.

PNEUMONIE LOBAIRE DU SOMMET GAUCHE.

Rentre pour la quatrième fois, le 17 juin 1895.

Pas d'affection grave jusqu'au 15 juin. Point de côté brusque à gauche ; lassitude générale, vomissements alimentaires, peu après légers frissons ; le lendemain l'adynamie persiste. L'expectoration commence aujourd'hui, elle est composée de crachats jaunâtres.

Actuellement, degré assez prononcé de prostration, de stupeur, — point de côté toujours intense. Céphalalgie assez nette, pas de diarrhée. Pouls régulier à 88, matité splénique augmentée, pas d'albumine dans les urines.

La dyspnée est assez intense. Il n'y a pas eu de délire, la langue est étalée, blanche, d'aspect pâteux, un peu sèche.

A gauche, en arrière, dans le tiers supérieur, matité absolue, vibrations thoraciques, à la main, égales des deux côtés. A l'auscultation, souffle tubaire sec, aux deux temps, bronchophonie et retentissement de la voix, toux fait apparaître quelques râles très fins.

En avant, matité, résistance au doigt, au sommet non modifiée par l'ouverture de la bouche, souffle tubaire aux deux temps, sans râles. Dans la partie moyenne, un peu d'obscurité, quelques râles fugaces.

L'expectoration est peu abondante, à peine gommeuse, non hématique et n'aurait pas été sanglante à aucun moment.

20 juin. — On a fait hier soir un badigeonnage avec 2 gr. de gaïacol qui a déterminé des sueurs assez abondantes. L'amélioration immédiate a été très marquée, la toux a presque disparu depuis ce moment, mais le point de côté persiste encore, l'état général est franchement meilleur, la dyspnée est très modérée, le pouls ample, soutenu, est à peine accéléré : 100. Le souffle persiste.

22 juin. — On a fait un deuxième badigeonnage, le 20 au soir qui a fait disparaître complètement le point de côté. Troisième badigeonnage hier matin et depuis ce moment se sent beaucoup mieux et se trouve guéri, ne se plaignant que de la faiblesse.

Les sueurs provoquées par les badigeonnages ont été très abondantes au premier, notablement moins aux deux suivants. Actuellement, en avant, sous la clavicule, la matité persiste, un peu diminuée. La respiration est soufflante sans souffle véritable et l'on perçoit sous la clavicule, en dehors, à la fin de l'inspiration, quelques bouffées de râles secs.

En arrière, submatité au sommet où les vibrations et la voix haute restent encore un peu augmentées. La respiration est encore un peu soufflante sans souffle véritable et sans râles. L'expectoration est gommeuse, adhérente, légèrement orangée, sans pus.

Hier matin à 11 heures, trois heures après le badigeonnage, le pouls était à 56 et l'état général parfait.

25 juin. — La défervescence a continué de s'achever et le malade se trouve guéri. L'état général est bon, mais on constate encore quelques phénomènes anormaux. A la percussion : en avant, sonorité tympanique très marquée, résistance au doigt encore très marquée. A l'auscultation, l'inspiration est soufflante et s'accompagne de quelques râles secs à la fin, l'expiration est prolongée.

En arrière, submatité. Dans les respirations tranquilles, la respiration est égale des deux côtés, mais dans les respirations fortes et après les secousses de toux, on retrouve un peu de souffle expiratoire et quelques râles très rares. Les vibrations

thoraciques sont encore un peu augmentées en avant comme en arrière. Le pouls est très lent, à 44 dans station couchée, mais il s'accélère et monte à 80 quand on fait asseoir le malade et surtout se tenir debout. Cette accélération est de courte durée et la numération est modifiée par ce fait que la deuxième partie comptée même dans un quart de minute porte sur le retour du pouls ralenti.

Au pouls, on perçoit un deuxième soulèvement qui simule un dichrotisme accusé. Les veines du cou ne sont pas dilatées, elles présentent à droite un léger pouls veineux constitué par deux battements rapprochés présentant ainsi un nombre double de celui des battements artériels.

A l'auscultation du cœur, les bruits sont très sourds, peu intenses et l'on perçoit immédiatement après la révolution principale, une systole en écho très faible qui se perçoit mieux à l'oreille qu'au stéthoscope.

Le malade présente des battements rythmiques des paupières et de l'anesthésie du pharynx.

TEMPÉRATURE DE L'OBSERVATION IX.

	Matin	Soir		Matin	Soir
III ^e jour (17 juin).	40°2	40°3	VII ^e jour (21 juin).	37,4	38,0
IV ^e jour (18 juin).	40°0	40°1	VIII ^e jour (22 juin).	37,4	37,8
V ^e jour (19 juin).	39,6	39,9	IX ^e jour (23 juin).	37,4	37,5
VI ^e jour (20 juin).	38,8	39,0	X ^e jour (24 juin).	37,3	37,5
La défervescence se maintient.					

OBSERVATION X.

N° 2659 — H = 445 de la collection de M. le P^r Bard.

I. — *Pneumonie lobaire du sommet droit hyperplasique.*
— *Badigeonnages de gaïacol.* — *Abcès de fixation.*

II. — AUTOPSIE. — *Pneumonie lobaire hyperplasique du lobe supérieur droit ; sclérose dense de l'extrême sommet ; abcès disséminés.* — *Aortite thoracique subaiguë ; végétations avec caillot volumineux d'une valvule sigmoïde.* — *Infarctus anciens des reins, récents de la rate.*

S... M..., âgé de 49 ans, tisseur, né à Tarare (Rhône). Entré le 20 avril 1894, mort le 13 mai 1894 à 11 heures du soir.

Père et mère morts d'affection indéterminée ; sept frères ou sœurs morts, un frère mort à 53 ans d'une attaque ; un autre à 49 ans, une sœur morte à 42 ans, deux frères et deux sœurs morts en bas âge.

Bonne santé antérieure ; à 23 ans, rhumatisme articulaire du genou droit. Jamais depuis.

Tousse un peu l'hiver. Depuis trois semaines ou un mois, le malade était très indisposé, toussait sans cracher. Anorexie. Vague toujours à ses affaires.

S'est mis au lit depuis une semaine seulement (13 avril). Dyspnée très vive, point de côté intense ; frisson violent. Son état dès lors va en s'aggravant.

Actuellement, mauvais état général ; température très élevée. Dyspnée vive ; point de côté persiste ; facies cyanique. Langue sèche ; dents fuligineuses ; vésicules d'herpès sur lèvres. Abdomen météorisé ; ni gargouillements ni taches rosées ; rate normale ; foie augmenté.

Expectoration de moyenne abondance, gommeuse, aérée, teintée en jaune roux.

Aux poumons, à droite, en avant, matité dans les premiers espaces; faisant place dans le deuxième et le troisième à tympanisme. Matité reparait en dessous. Vibrations non augmentées.

A l'auscultation, souffle tubaire intense aux deux temps; bronchophonie très accusée, sans râles crépitants fins.

En arrière, matité dans la fosse sus-épineuse. Souffle tubaire aux deux temps comme en avant, avec bronchophonie, sans râles crépitants. D'une façon générale, dans toute la hauteur du poumon, respiration très emphysémateuse, expiration prolongée, encombrée de râles sifflants, de gros râles bronchiques et trachéaux.

A gauche, sonorité normale; respiration emphysémateuse. Battements du cœur réguliers, pointe non localisable; bruits masqués par râles bronchiques et trachéaux; battements plus accusés à l'épigastre.

Pas de pouls veineux; artères souples; pas d'œdème des jambes.

Urines contiennent un disque net d'albumine.

Tremblement congénital des mains et des avant-bras, ainsi que des membres inférieurs.

21 avril. — Etat général mauvais; violente dyspnée. Etat de subdélire empêchant l'interrogatoire.

Souffle tubaire très intense dans fosse sus-épineuse.

22 avril. — Hier, badigeonnage avec un gramme de gâïacol; le délire a cessé, le malade paraît un peu mieux.

23 avril. — Deuxième badigeonnage d'un gramme; amélioration continue et s'accuse.

24 avril. — Un nouveau badigeonnage de deux grammes, fait hier, a provoqué des sueurs profuses.

L'expectoration est plus abondante, gommeuse, adhérente, présentant une teinte hématique très accusée et quelques stries opaques. L'état général semble meilleur qu'à l'entrée. La

langue qui était à l'arrivée absolument sèche et rôtie, n'est plus fendillée, mais est encore très sèche.

Pouls rapide — 140, assez ample, de faible tension pourtant. Foie augmenté de volume.

Sous la clavicule, en dehors, matité absolue et souffle tubaire sec intense. En arrière, matité et souffle tubaire moins accusés qu'en avant.

Teinte subictérique des conjonctives.

Sans être absolument précisé, vu les réponses vagues et discordantes du malade, le début remonte au moins à huit ou dix jours avant l'entrée.

26 avril. — On a fait, le 24, un badigeonnage de 2 grammes le soir et hier deux badigeonnages de un gramme qui ont tous provoqué des sueurs abondantes, moins marquées cependant avec ceux de un gramme.

L'état général encore peu satisfaisant s'est amélioré. La langue est humide. Pouls (104) assez amples, de tension à peu près normale.

Toujours, en avant, matité absolue dans les trois premiers espaces avec souffle tubaire sans râles.

En arrière, matité absolue dans les deux tiers supérieurs avec souffle tubaire intense aux deux temps, sans râles; à la base, pas de matité, respiration ample, non soufflante, mais encombrée de nombreux râles inspiratoires assez gros.

L'expectoration est toujours abondante, gommeuse et adhérente. Le teint hématique a à peu près disparu. Par contre, les stries purulentes sont beaucoup plus nombreuses.

28 avril. — Matité, souffle toujours très intense. Expectoration abondante, purulente.

5 mai. — Pas de bacilles [de tuberculose dans les crachats. Etat général meilleur, encore un peu de délire la nuit. Langue humide, tousse toujours, insomnie. Expectoration abondante, mais incolore, séreuse, très aérée, quelques stries purulentes rares.

10 mai. — Faiblesse augmente; un peu de parésie des membres, pupilles mobiles à la lumière, mais inégales, la

gauche plus large, pas de déviation conjuguée. En avant persistent matité et souffle tubaire; quelques râles humides inspiratoires sous la clavicule.

Pas d'œdème; battements du cœur réguliers, un peu rapides, d'énergie à peu près normale, sans souffle. Langue de nouveau sèche; dents fuligineuses.

On fait au bras droit une injection sous-cutanée de 1 cc. d'essence de térébenthine.

Obnubilation, le malade ne parle pas.

12 mai. — L'état général continue à s'aggraver avec des oscillations. L'abcès térébenthiné s'est mal développé et n'est encore pas formé. Peu d'œdème de l'avant-bras.

En arrière, dans la fosse sus-épineuse, la matité persiste, très accusée; le souffle existe toujours, mais peu intense; on ne constate aucun râle.

En avant, matité absolue, souffle tubaire intense. De plus, sous la clavicule, en dehors, on constate un bruit de pot fêlé, la bouche ouverte et, à ce niveau, existent quelques râles gros à timbre métallique, pseudo-cavitaires. Expectoration plus abondante.

Autopsie le 15 mai.

Poumon gauche (690 gr.) n'est fixé par aucune adhérence, pas d'épanchement pleural. Le sommet est le siège d'un œdème congestif très accusé, pas de tubercules; pas de noyaux pneumoniques. La base présente quelques petites ecchymoses sous-pleurales et est de plus le siège d'une pneumonie hypostatique légère, le parenchyme est perméable et on ne constate nulle part de noyau pneumonique, pas de bronchite.

Le poumon droit (930) est fixé par des adhérences assez solides dans toute son étendue; ces adhérences prédominent au sommet. Les deux lobes inférieurs ne présentent pas de lésions notables, si ce n'est un peu de congestion hypostatique moins accusée que celle du côté opposé. Le lobe supérieur, dans sa totalité, est le siège d'une hépatisation lobaire, continue, s'arrêtant nettement au niveau de la scissure interlobaire. Sur les coupes, le parenchyme présente une coloration

grisâtre, piquetée, très caractéristique, le parenchyme offre une consistance ferme, un peu élastique et sa surface résiste à la pression du doigt. La pression forte, en masse, fait sourdre, par places, quelques gouttelettes de pus; en un point, on trouve même un petit abcès collecté contenant un pus grisâtre, fluide, dans lequel nage un petit paquet de tissu pulmonaire détaché, du volume d'une tête d'épingle en verre. L'expectoration présente cet aspect de la pneumonie hypostatique sur la plus grande partie du lobe; cependant, à l'extrême sommet, la consistance est plus dure, la sclérose plus absolue, d'aspect plus ancien et, à ce niveau, on constate dans son intérieur quelques taches caséeuses, crayeuses; il a pu exister à ce niveau un peu de sclérose tuberculeuse dense, ancienne. De plus, vers la partie centrale du lobe hépatisé, on rencontre deux petites cavités, aplaties, à parois lisses, contenant un peu de pus, et paraissant être des dilatations bronchiques.

Le péricarde ne contient pas d'épanchement. Le cœur (340 gr.) est peu hypertrophié, il est assez notablement dilaté; myocarde flasque, décoloré, pas de travées scléreuses. L'endocarde est normal, la valvule mitrale est à peine un peu opacifiée. L'aorte thoracique est très dilatée sur toute sa longueur; la dilation commence dès son origine et n'est pas beaucoup plus marquée au niveau de la crosse.

La face interne est parsemée de plaques inflammatoires nombreuses, la plupart jaunâtres, mais souples et lisse; quelques unes légèrement calcifiées.

Les orifices des collatérales, y compris les coronaires, ne sont pas rétrécis. L'inflammation se propage, quoique moins intense, à la tunique externe qui est plus adhérente que normalement aux parties ambiantes.

L'orifice aortique est suffisant à l'épreuve de l'eau, il ne paraît y avoir rien d'anormal sur les sigmoïdes à l'inspection par l'aorte. Après la section de l'orifice, on constate que les valvules sont légèrement intéressées par l'aortite, mais, de plus, une d'elles porte à la partie moyenne de sa face inférieure un caillot du volume d'une noisette, mou à la surface,

très adhérent à la valvule par une zone organisée, fibroïde, qui lui sert de large péricule et le pénètre en le cloisonnant.

Le foie (1370 gr.) est flasque, sa coloration est un peu brune; il paraît atteint de tuméfaction trouble; aucune trace de sclérose, pas d'aspect muscade.

La rate (160 gr.) assez notablement augmentée de volume présente un infarctus blanc récent.

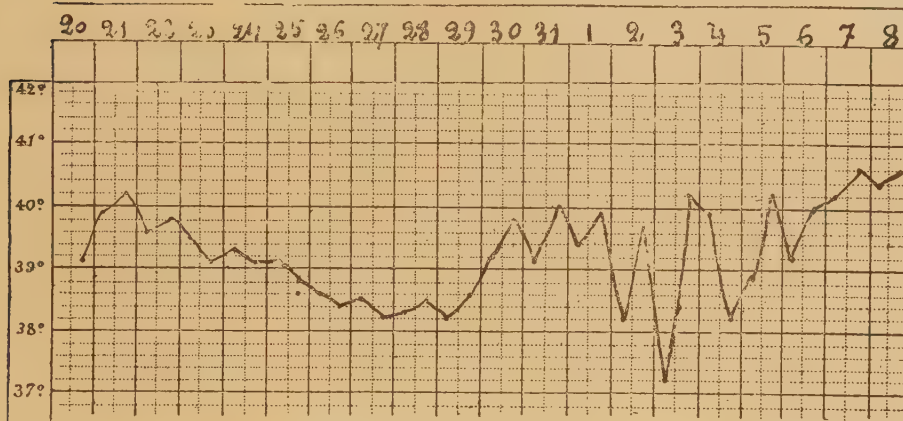
Le rein gauche (130 gr.) est pâle, décoloré, assez mou, sans autre lésion. La surface est lisse, la capsule se détache bien. Le rein droit (120 gr.) présente le même aspect général; de plus, on constate en un point du bord libre deux dépressions cicatricielles marquées, traces d'infarctus ancien; à ce niveau, la capsule est un peu adhérente et la consistance de l'organe notablement augmentée; pas de granulations, même à ce niveau.

NOTE HISTOLOGIQUE (due à l'obligeance de M. le Pr Bard).

a) Le parenchyme est densifié par l'épaississement général des travées interalvéolaires qui arrivent à effacer les alvéoles dans lesquels on aperçoit, sur de nombreux points, des cellules endothéliales desquamées, pâles, non colorées, en voie de disparition par atrophie granulo-graisseuse; sur quelques points, les alvéoles ont complètement disparu et il ne reste plus qu'un tissu fibroïde continu à cellules allongées, à fibres conjonctives ondulées, peu denses, à fibres élastiques nombreuses. Nulle part, on ne voit d'alvéole distendu par un exsudat en voie d'organisation fibreuse; partout leur disparition a lieu par développement uniforme des parois. La plèvre est fibreuse, très épaissie; mais les travées principales interlobulaires ne sont pas apparentes, moins altérées que les travées interalvéolaires. On ne constate nulle part d'élément tuberculeux reconnaissable, ni flots de cellules rondes, ni épithéliodes, ni caséum, ni cellules géantes — nulle part, on ne trouve dans les alvéoles de vestiges de pneumonie lobaire franche antérieure.

b) La sclérose dense est constituée par la réunion de tubercules fibreux anciens, surchargés d'anthraxose et de masses

caséeuses anciennes, solidement enkystées ; de plus, le parenchyme relativement respecté par ces lésions anciennes, présente des tubercules récents, en pleine acuité, à des stades divers d'évolution : îlots embryonnaires miliaires isolés, infiltrations embryonnaires diffuses, petits tubercules typiques avec cellules épithélioïdes et masses caséeuses, quelques rares cellules géantes en voie de développement.



OBSERVATION XI.

N° 2318 — H = 410 de la collection de M. le P^r Bard.

Pneumonie double, tuberculose ? Bruit de pot fêlé sous la clavicule gauche. — Tuberculose ancienne. — Badigeonnage de gaïacol.

AUTOPSIE. — *Hépatisation grise avec points ramollis des deux tiers inférieurs droits et du sommet gauche. — Tuberculose fibreuse ancienne des sommets.*

G... J..., 44 ans, entré le 19 juin 1893, mort le 23 juin 1893.
Père vivant, 75 ans, mère morte de fluxion de poitrine. Une

sœur, 49 ans, en bonne santé, un frère mort de tuberculose pulmonaire à 32 ans. Marié, trois enfants.

Ni rhumatisme, ni syphilis, ni alcoolisme.

Jusqu'à 17 ans bonne santé. A cette époque, bronchite qui dura trois ans et pour laquelle il garda le lit plusieurs mois de suite. Alors hémoptysies répétées, franches, quelques-unes assez abondantes.

Réformé à 21 ans. Depuis, le malade a toujours été sujet aux bronchites ; les hémoptysies ont reparu plusieurs fois, presque chaque année. Amaigrissement, ne s'est jamais alité.

Jeudi dernier, 15 juin, après un travail à la campagne de toute une journée, fut surpris par la pluie en rentrant à Lyon. Le lendemain matin, quelques légers frissons avec points de côté fugaces et peu intenses, localisés surtout à droite. Céphalalgie légère, grande faiblesse dans les membres inférieurs. Pas d'épistaxis, pas de diarrhée. Dyspnée intense, toux fréquente, quinteuse, accompagnée de crachats assez abondants qui, d'abord jaunes ambrés, deviennent bientôt nettement sanguinolents.

Actuellement, amaigrissement notable, obnubilation, dyspnée modérée, toux plus discrète, expectoration assez abondante avec crachats visqueux, adhérents, de coloration brun-verdâtre, d'odeur fétide. Léger subdélirium nocturne.

A l'examen du thorax à droite en arrière, matité absolue à la base et submatité accentuée en remontant jusqu'au sommet, vibrations thoraciques moins intenses qu'à gauche. A l'auscultation, dans les deux tiers inférieurs, souffle tubaire intense aux deux temps avec gros râles sous-crépitants nombreux. Bronchophonie et toux retentissante. Au sommet, respiration à peu près normale. En avant, respiration emphysémateuse ; à gauche en arrière, submatité marquée dans les deux tiers supérieurs ; vibrations exagérées. A l'auscultation, murmure vésiculaire obscur et râles sous-crépitants dans les deux tiers inférieurs. Dans la fosse sous-épineuse, respiration bruyante et soufflante. Au sommet, obscurité extrême et râles

sous-crépitaux peu nombreux. En avant, bruit de pot fêlé, respiration soufflante et gros râles à timbre métallique.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace, en dedans du mamelon, les battements sont un peu rapides, mais réguliers. Abdomen souple, non douloureux ; langue légèrement saburrale.

Urines troubles, avec un peu d'albumine.

21 juin. — On constate à la base droite, en arrière, de la matité, du souffle tubaire et de nombreux râles humides, assez gros, à timbre métallique.

En avant, sous la clavicule gauche, bruit de pot fêlé à la percussion, s'entendant aussi bien la bouche fermée que la bouche ouverte. A l'auscultation, souffle tubaire et gros râles humides à timbre de gargouillement. Il semble manifeste qu'on est en présence d'une pneumonie en voie de ramollissement.

Crachats d'odeur fétide, mais non gangréneux.

Autopsie le 24 juin.

Poumon droit (1 110) est le siège d'une hépatisation grise continue qui occupe les deux tiers inférieurs de l'organe. Sur les coupes, on constate quelques points en voie de ramollissement, mais nulle part de foyers caséux.

Poumon gauche (850) présente une hépatisation analogue, beaucoup moins étendue, limitée au lobe supérieur. Les points ramollis sont plus étendus qu'à droite, la pression fait sourdre, par places, du pus liquide.

Les deux sommets et surtout le gauche, présentent des lésions tuberculeuses anciennes, fibreuses et calcifiées ; cavernules petites et sèches, d'ailleurs peu nombreuses.

L'aspect de l'hépatisation présente bien quelques caractères anormaux, mais sans que la nature tuberculeuse de la lésion puisse être soutenue.

Le cœur (320) ne présente pas de lésions inflammatoires ; distension et hypertrophie légère du cœur droit. Foie 1 750. Rate 170. Reins : droit, 180 ; gauche, 160.

NOTE HISTOLOGIQUE. — La pièce présente une hépatisation continue, dans laquelle l'exsudat intra-alvéolaire est très riche en cellules rondes, granuleuses en voie d'évolution purulente, mais cependant encore colorables partiellement. Le réseau fibrineux a complètement disparu dans quelques alvéoles, mais reste encore apparent dans un grand nombre. Nulle part, on ne retrouve de globules rouges dans les alvéoles, sauf sur des points très rares où existe alors un petit foyer hémorragique dense, englobant deux ou trois alvéoles. Les travées interalvéolaires sont amincies d'une manière générale, rompues et dissociées sur de nombreux points. On ne constate cependant pas de coupes d'abcès très étendues.

TEMPÉRATURES MODIFIÉES PAR LES BADIGEONNAGES

BADIGEONNAGES	DATES	Heures.	Dose (en gram.)	Tempér. avant.	Après 1 heure.	Après 2 heures.	Après 3 heures.	Abaissement.
Observation I.								
1 ^{er} badigeonnage	4 mai	2 s.	0,50	40°2	39°9	39°8	40° »	0°2
2 ^e —	5 —	2 s.	0,50	39,9	39,7	39,2	39 »	0,9
Observation II.								
1 ^{er} badigeonnage	19 déc.	5 s.	1 »	39,7	39,4	38,5	38,4	1 »
2 ^e —	21 —	5 s.	1 »	40 »	39,6	38,9	38,2	1,8
3 ^e —	22 —	5 s.	1 »	39,4	38,2	38,4	38,5	0,9
4 ^e —	23 —	5 s.	1 »	37,8	37,7	37,5	37 »	0,8
Observation III.								
1 ^{er} badigeonnage	13 mars	8 m.	2 »	40 »	39,6	39 »	38,1	1,9
2 ^e —	14 —	8 m.	2 »	39,1	38,3	37,6	37,2	1,8
3 ^e —	15 —	8 m.	2 »	37,2	37,1	37 »		0,2
Observation IV.								
1 ^{er} badigeonnage	12 avril	5 s.	2 »	40,2	39,5	38,1	38,3	1,9
2 ^e —	13 —	8 m.	2 »	39,6	39,2	38,5	37,8	2 »
3 ^e —	13 —	5 s.	2 »	40,3	39,5	38,3	37,9	2,3
4 ^e —	14 —	8 m.	0,75	40,6	39,9	38,7	38,8	1,9
5 ^e —	16 —	5 s.	2 »	39 »	38,5	37,8	37,3	1,7
6 ^e —	17 —	5 s.	2 »	37,3	37 »	37 »	37 »	0,3
Observation V.								
1 ^{er} badigeonnage	18 déc.	5 s.	1 »	40,5	39,3	38,4	37 »	2,1
2 ^e —	19 —	5 s.	1 »	39,6	38,5	38 »	37 »	2,6
Observation VI.								
1 ^{er} badigeonnage	26 oct.	4 s.	2 »	40,2	38,5	38,1	38,3	2 »
2 ^e —	27 —	8 m.	1 »	38,8	38,7	38,3	38,5	0,3
3 ^e —	27 —	4 s.	2 »	39,5	39,1	38,4	37,7	1,9
4 ^e —	28 —	8 m.	2 »	39,3	38,6	37,3	37,4	2 »
5 ^e —	28 —	4 s.	2 »	39,6	39,4	38,6	38,4	1,2

BADIGEONNAGES	DATES	Heures.	Dose (en gram.)	Tempér. avant.	Après 1 heure.	Après 2 heures.	Après 3 heures.	Abaissement.
6 ^e badigeonnage	29 oct.	8 m.	1 »	37°5	37°4	37°3	37°0	0°5
7 ^e —	29 —	4 s.	1 »	38,6	38,3	38,5	38,8	+
8 ^e —	30 —	8 m.	2 »	39 »	38,7	38,6	38,9	0,3
9 ^e —	30 —	4 s.	1 »	38,5	38,7	38,6	39 »	+
10 ^e —	31 —	8 m.	1 »	38,3	38 »	37,9	37,8	0,5
11 ^e —	31 —	4 s.	2 »	39,3	39,7	39,8	40,3	+
12 ^e —	1 ^{er} nov.	8 m.	2 »	39,5	39,2	39 »	39,7	+
13 ^e —	1 ^{er} —	4 s.	1 »	37,3	37,1	37 »	37,4	0,3
14 ^e —	2 —	8 m.	1 »	38,5	38,3	38,2	37,6	1 »
Observation VII.								
1 ^{er} badigeonnage	2 juil.	12 m.	1 »	40,5	40,6	39,3	38,4	2 1
2 ^e —	2 —	6 s.	1 »	39,6	40,2	39,4	38,7	1 »
3 ^e —	3 —	8 m.	1 »	38,4	38,1	37,4	36,5	2 »
4 ^e —	3 —	6 s.	1 »	39,1	38,8	37,6	37,1	2 »
5 ^e —	4 —	8 m.	1 »	39,4	39 »	38,3	37,7	1,9
Observation VIII.	3 mai	8 m.	1 »	40 »	39,5	39 »	38,8	1,8
Observation IX.								
1 ^{er} badigeonnage	19 juin	5 s.	2 »	39 »	38,7	38,3	38 »	1 »
2 ^e —	20 —	5 s.	2 »	39,6	38 »	37,5	37,2	2,3
3 ^e —	21 —	8 m.	2 »	39 »	38 »	37,5	37,2	1,8
4 ^e —	22 —	8 m.	2 »	37,8	37,4	37,3	37 »	0,8
Observation X.								
1 ^{er} badigeonnage	21 avril	5 s.	1 »	40,2	39,2	38,8	38,5	1,7
2 ^e —	22 —	8 m.	1 »	39,6	39,3	39 »	38,4	1,2
3 ^e —	22 —	5 s.	1 »	39,0	39,1	39 »	39,3	0,6
4 ^e —	23 —	5 s.	1 »	39,2	38,2	37,6	37,2	2 »
5 ^e —	24 —	5 s.	1 »	39,1	38,5	37,7	37,3	0 8
6 ^e —	25 —	8 m.	1 »	39,2	38,5	38 »	37,5	1,6
7 ^e —	25 —	5 s.	1 »	38,6	38,5	38 »	37,9	0,9

BADIGEONNAGES		DATES	Heures.	Dose (en gram.)	Tempér. avant.	Après 1 heure.	Après 2 heures.	Après 3 heures.	Abaissement.
8 ^e	—	26	—	5 s. 1	» 38,5	38,4	37,7	37,4	1,1
9 ^e	—	27	—	8 m. 1	» 38,6	38,3	38,1	37,9	0,8
10 ^e	—	28	—	6 s. 1	» 38,5	38,4	38,1	38,3	0,2
11 ^e	—	29	—	6 s. 1	» 38,8	38,6	38,3	38,1	0,7
12 ^e	—	30	—	8 m. 1	» 39,1	39 »	38,3	38,3	0,9
13 ^e	—	30	—	6 s. 1	» 39,8	39,9	39,3	38,8	1 »
14 ^e	—	1 ^{er} mai	—	8 m. 1	» 38,9	39 »	38,3	38,2	0,7
15 ^e	—	1 ^{er} —	—	5 s. 1	» 39,9	39,7	39,4	38,7	1,2
16 ^e	—	2	—	8 m. 1	» 39,1	39 »	38,9	38,5	0,6
17 ^e	—	2	—	6 s. 1	» 39,7	39,1	38,1	37,9	1,9
18 ^e	—	3	—	6 s. 1	» 39,8	39,5	38,4	38,1	1,6
Observation XI.									
1 ^{er} badigeonnage	—	21 juin	—	2 s. 1	» 40,2	40 »	40,3	40,3	+
2 ^e	—	22	—	8 m. 1	» 39,3	39,1	39,3	39,5	+
3 ^e	—	22	—	6 s. 1	» 40,3	40 »	39,9	40 »	0,3

CHAPITRE TROISIÈME.

EFFETS DU GAIACOL DANS LA PNEUMONIE.

Les onze observations qui précèdent permettent de se rendre un compte suffisant des effets des badigeonnages de gaïacol, sur les malades atteints de pneumonie. Il importe de distinguer et d'examiner séparément, d'une part, les effets immédiats du médicament sur la fièvre ; d'autre part, l'influence générale et l'action utile qu'il a pu exercer sur la marche même de la maladie.

I. Sur ces 11 malades, on a fait au total 62 badigeonnages, dont 19 de 2 grammes, 40 de 1 gramme, 1 de 75 centigr. et 2 de 50 centigr. seulement.

Sur ces 62 badigeonnages, beaucoup ont déterminé des abaissements de température, qui ont commencé à se produire dès la première heure et qui ont varié de 0°5 à 1°5 pour les badigeonnages de 2 grammes, de 0°4 à 0°9 pour ceux de 1 gramme, de 0°7 pour celui de 75 centigrammes et de 0°2 à 0°3 pour ceux de 50 centig.

Quelques-uns d'entre eux ont déterminé des abaissements qui ont varié de 1°5 à 2°, mais après avoir été suivis pendant la première heure d'une élévation préalable qui a varié de 0°3 à 0°5. Il est vrai que deux

de ces derniers ont été faits chez le malade nègre ; la peau noire absorberait-elle plus vite que la peau blanche ? En revanche, les effets en seraient-ils plus fugaces ? Il semble qu'il n'en soit pas ainsi, vu que les 3 autres badigeonnages ont produit chez lui un abaissement immédiat de $0^{\circ}4$ à $0^{\circ}5$, atteignant au bout de trois heures $1^{\circ}4$ à $2^{\circ}5$. Nous notons aussi, chez un autre, une augmentation de $0^{\circ}2$ après une heure d'un badigeonnage de 1 gramme. L'abaissement ne s'est pas effectué, même après trois heures ; pourtant, le lendemain au matin, la température était plus basse que la veille, à la même heure. Dans un autre cas, le thermomètre placé à deux heures de l'après-midi, une heure avant le badigeonnage, indiquait un chiffre de $40^{\circ}2$; une heure après le badigeonnage, la température était redescendue de $0^{\circ}3$, puis de $0^{\circ}4$ au bout de deux heures ; mais au bout de trois heures, il n'y avait plus qu'une diminution de $0^{\circ}2$. En général, dans nos observations, on peut voir que l'abaissement a toujours eu lieu au bout d'une à deux heures. Pour expliquer les exceptions à cette règle, il faut tenir compte du fait de l'ascension normale de la fièvre et surtout des complications amenant une recrudescence de la température.

Néanmoins, si l'abaissement thermique se dessine pendant la première heure, se précipite pendant la seconde, de façon à atteindre son maximum dans le cours de la troisième, on peut dire que la réélévation commence rapidement ; tantôt au bout de deux heures, souvent au bout de quatre heures et très souvent au bout de trois heures. Mais à côté de cet abaissement immédiat, l'on peut dire qu'il y a un abaissement général

très sensible, que l'on constate au thermomètre et sur la courbe thermique. Ainsi, un badigeonnage de 1 ou 2 grammes a été fait à trois heures de l'après-midi, on observera l'abaissement rapide, deux, trois heures après, mais déjà à six heures du soir, la réascension aura lieu. Si alors, on regarde la température du lendemain matin, on trouvera une diminution de 0°6 à 1° sur la température prise à la même heure, la veille. D'autres fois, on n'apercevra pas de descente ; au contraire, la température sera remontée plus haut que la veille. Si l'on persiste alors, on remarquera à peu près sûrement le surlendemain une différence de 2° à 1°5 en moins, juste dédommagement de la gradation de la veille. C'est donc l'abaissement général persistant. Et celui-ci n'est point influencé beaucoup par les doses. On l'obtient aussi bien avec les badigeonnages faits à 1 gramme qu'avec ceux faits à deux grammes.

Enfin, et c'est là un fait d'une grande importance pratique, il est très manifeste que le chiffre de l'abaissement thermique est en rapport très net et presque constant avec la proximité de la défervescence définitive. La comparaison des 9 malades entre eux ou des résultats des divers badigeonnages chez un même malade le révèle assez.

Ainsi, l'observation I nous le montre bien. Le premier badigeonnage fut fait le 4 mai, c'est-à-dire le sixième jour de la maladie ; le deuxième eut lieu le septième jour. Ces deux applications eurent vite raison de la fièvre. La température descendit le huitième jour à 38° et elle aurait achevé sa marche descendante si un

érysipèle facial n'était pas venu lui donner un nouveau coup de fouet.

L'observation II nous est aussi bien typique. Un premier badigeonnage, fait le 19 décembre, septième jour de la maladie, amène un abaissement de 1° le lendemain matin. La température étant remontée le soir, un deuxième badigeonnage a été fait, par conséquent plus près de la défervescence que l'autre; aussi le thermomètre marqua-t-il une chute de 1°4 et même de 1°8 le lendemain; la descente s'achève normalement.

Chez le malade, dont l'histoire est relatée dans l'observation III, on constate le même résultat, mais on est encore plus surpris.

Le premier badigeonnage de 2 grammes exécuté le 13 mars, le cinquième jour de la fièvre, provoque un abaissement léger; en revanche, le deuxième badigeonnage (sixième jour de la pneumonie) produit un effet encore meilleur; de suite le thermomètre descend de 2 degrés et la défervescence s'achève; on en était au septième jour.

Une quatrième observation (IV) le démontre aussi. Plus les badigeonnages ont lieu près de la date approximative de la défervescence normale, plus les effets durables du gaïacol sont intenses.

Dans l'observation V le gaïacol précipite la défervescence et l'achève le huitième jour. Mais ici les deux badigeonnages furent aussi actifs l'un que l'autre et l'abaissement du premier ne fut pas moindre que celui du second.

Chez le nègre enfin, le premier badigeonnage rencontra une certaine résistance.

Les centres thermiques paraissent excités par le médicament ; mais leur excitation n'est que passagère et la victoire reste enfin au troisième badigeonnage. Les chiffres qui précèdent montrent que le degré de l'abaissement peut être pris en sérieuse considération au point de vue du pronostic et de l'appréciation de la durée probable de la fièvre. Cette donnée est peut-être due à ce que la fièvre est moins tenace et par suite offre une moindre résistance à l'action du gaïacol, dans les cas les moins sévères, ainsi qu'aux approches de la défervescence.

II. S'il est aisé de juger et d'étudier dans ses détails l'action antithermique des badigeonnages de gaïacol, il est plus difficile assurément de constater et de préciser l'influence qu'ils exercent sur l'évolution de la maladie, ainsi que l'utilité curative de leurs effets. Nos observations nous paraissent de nature à montrer que cette influence est réelle dans la pneumonie.

Neuf de nos cas de pneumonie ont guéri ; sans doute le pronostic de la pneumonie franche n'est pas très grave et la guérison est la terminaison la plus fréquente ; cependant la mortalité est loin d'être négligable dans les cas graves, et deux de nos malades avaient présenté avant les badigeonnages une gravité au-dessus de la moyenne. Chez un d'entre eux, on a constaté de l'albumine dans les urines ; dans trois, l'état général était très mauvais, la dyspnée très vive ; dans deux cas même, les phénomènes ont été particulièrement alarmants et se sont accompagnés d'un état d'affaissement extrême.

La défervescence a pu être hâtée dans tous les cas et l'a été très certainement dans deux ou trois d'entre eux.

Dans l'observation VI, nous voyons une pneumonie arrivée au sixième jour, l'ascension continue jusqu'au dixième jour, la température s'élève encore et l'état général s'aggrave; l'expectoration est moins abondante; le souffle de la région sous-épineuse droite a augmenté, les vibrations thoraciques sont exagérées. Devant ces symptômes alarmants, on se décida à faire un badigeonnage le 26 octobre, puis deux les jours suivants avec un gramme. De suite, les abaissements thermiques commencent, plus ou moins marqués; mais la courbe fut immédiatement transformée; pourtant le 31, l'abaissement a été interrompu par une recrudescence bientôt suivie d'un abaissement. Puis l'apyrexie s'établit en même temps que l'état général s'améliore. Une véritable défervescence artificielle était provoquée.

L'observation V relate une pneumonie franche bénigne chez un jeune homme de 17 ans; là encore, cependant, l'influence du gaïacol, pour hâter l'évolution de la maladie et la défervescence, paraît manifeste. Le premier badigeonnage a eu lieu le lendemain de l'entrée du malade; la température qui se maintenait à 40°5 a baissé le lendemain de 1°5. Elle ne se releva le soir qu'à 39° 6, pour retomber le lendemain, sous l'influence d'un nouveau badigeonnage à 38° et 37° le surlendemain. Ici, la défervescence a été régulière, mais accélérée, puisqu'elle est arrivée le huitième jour.

Dans l'observation VII, le nègre est entré dans un état grave (le 1^{er} juillet 1894). La dyspnée est vive, l'expectoration peu abondante et les signes stéthoscopiques peu rassurants. On a fait deux badigeonnages, le 2 juillet avec gaïacol, un gramme; ils ont déterminé des sueurs profuses, qui se produisaient beaucoup moins tard que d'ordinaire. De plus, le gaïacol paraissait s'absorber plus rapidement, la peau était sèche, presque immédiatement. La courbe baissa de 40° 2 le 2 juillet au soir, à 38° 4 le 3 au matin; elle remonta le soir, le même jour, malgré deux badigeonnages. Enfin, le dernier fut fait le 4 juillet et, depuis ce moment, la température ne s'éleva plus; l'état général fut meilleur; l'apyrexie fut complète le 5 juillet. Ici, une défervescence artificielle est encore créée.

Dans l'observation I les phénomènes sont graves : délire, dyspnée intense, abattement. On fait un badigeonnage le 4 et le 5 mai, avec 0,50 de gaïacol à la cuisse. La défervescence se produisit le 6 au matin, au septième jour de la maladie.

L'état s'améliore et la défervescence aurait été achevée, si une complication n'était venue interrompre la descente.

L'observation II se rapporte aussi à un cas grave. L'état général fut très mauvais depuis le début de l'affection qui eut lieu le 13 décembre; la dyspnée fut très vive, l'obscurité très marquée, le souffle tubaire intense. Un premier badigeonnage avec 1 gramme de gaïacol fut fait. Il provoqua une amélioration remarquable et détermina artificiellement une défervescence

qui aurait duré, sans une angine herpétique intercurrente.

L'observation III renferme aussi un cas assez grave ; état général mauvais, albumine dans les urines, dyspnée vive. L'affection a débuté il y a quatre jours. On se décide à employer les badigeonnages le 13 mars ; grand soulagement d'emblée, abaissement thermique immédiat, le lendemain, descente encore plus marquée ; l'état général s'améliore parallèlement. Enfin le 14, deux nouveaux badigeonnages entraînent la défervescence définitive ; on en était au septième jour.

L'observation VIII est celle d'un pneumonique, chez lequel les badigeonnages provoquèrent aussi la défervescence définitive le huitième jour de son affection.

Dans l'observation IV, on trouve un cas de pneumonie à défervescence éloignée ; à la suite d'un premier badigeonnage, la température de 40°2, descend à 38°2. Une nouvelle application amène aussi un abaissement de 1°9. Remontée le soir à cinq heures à 40°, elle est ramenée de même à 37°. Néanmoins, la température fébrile persiste toujours, quoique l'on soit déjà au onzième jour du début de la maladie. Courage n'est pas perdu ; un dernier badigeonnage déterminait enfin la défervescence définitive, mais artificielle.

L'étude particulière de nos observations prouve donc bien que le gaïacol exerce une heureuse influence sur la défervescence définitive. La guérison complète arrivait le soir le plus souvent chez tous nos malades. Ce qui montre qu'on avait gagné au moins une nuit. On ne peut donc pas dire que cette défervescence si rapide,

due au médicament seul, provient d'une défervescence spontanée. Mais s'il en était ainsi, l'abaissement thermique n'aurait pas commencé le soir, mais le matin. D'une façon générale, toutes les fois que les badigeonnages de gaïacol sont employés dans la période d'état de la pneumonie, ils hâtent la défervescence de la fièvre, précipitent la guérison de un ou deux jours.

III. A côté de cette action rapide du gaïacol sur la température, nous constatons aussi son influence sur les glandes sudoripares, sur les reins et la circulation générale. En premier lieu, tous les badigeonnages, faits chez nos malades, ont produit des sueurs profuses, très abondantes. Dès l'apparition de celles-ci, la toux diminue, le point de côté s'amende, l'état général s'améliore. Cette sudation dure au moins trois heures après le badigeonnage.

Serait-elle la voie d'élimination de toutes les toxines secrétées par les pneumocoques ou produirait-elle en quelque sorte le « phénomène critique des anciens » ? Pour eux, les sueurs jouaient un grand rôle dans l'évolution et le pronostic de la pneumonie ; du jour où elles avaient atteint leur maximum, le malade était, pour eux, sauvé ; aussi s'ingéniaient-ils à découvrir le médicament capable de les provoquer, de les avancer. Le gaïacol serait-il ce fameux remède entrevu par les Grecs ? Ou bien encore la sueur qui perle sur tous les points du corps du malade et pendant trois heures, déterminerait-elle, en s'évaporant de la surface cutanée, un abaissement thermique tel que la courbe s'en ressentirait ?

L'effet du gaïacol se répercute-t-il aussi sur le cœur, sur le pouls ? L'observation I nous dit qu'avant le premier badigeonnage le pouls était ample, à 105; après l'application du médicament, le pouls est de nouveau régulier. Dans l'observation II, nous trouvons qu'il était régulier, petit, à 132 avant et qu'il était resté ample, de tension moyenne après les badigeonnages. Dans l'observation IV, le pouls est régulier avant; après l'application, il est ample, plein, à 104. Le lendemain du quatrième badigeonnage, il est encore régulier et les battements du cœur sont énergiques.

Quant à la X^{me}, nous remarquons que le malade avait un pouls régulier antérieurement; après le quatrième badigeonnage, le pouls est à 140, il est rapide, de faible tension, assez ample; après le septième, il est à 104, assez ample, de tension à peu près normale.

Enfin, dans l'observation IX, nous avons pu étudier l'action propre du gaïacol sur le cœur et le pouls pendant les deux premières heures après le badigeonnage. Les battements du cœur semblent être moins énergiques et la fréquence des contractions est bien diminuée. Le pouls est lent à 44. Le lendemain du badigeonnage le pouls est normal, et de nouveau à 88.

Dans beaucoup de nos observations, nous notons aussi à côté des sueurs profuses, une polyurie assez fréquente, après le premier ou deuxième badigeonnage. Deux observations sont bien typiques sous ce rapport. Ainsi l'observation I nous dit que les urines étant rares, rouge foncé avant les badigeonnages, après le premier on a une polyurie très nette.

Le médicament irriterait-il l'épithélium rénal et

provoquerait-il de l'albuminurie? Une seule observation, c'est la IV^{me}, nous apprend qu'au cinquième jour des badigeonnages, les urines renfermaient de l'albumine, qui ne disparut que huit jours après. Antérieurement aux badigeonnages, les urines n'en contenaient point. Néanmoins, la lecture des autres observations nous amène à penser que le gaïacol n'a aucune action ni bonne ni mauvaise sur le filtre rénal.

En outre, les badigeonnages de gaïacol déterminent une sédation très marquée, immédiate, des phénomènes subjectifs. Dans toutes les observations, nous trouvons que, consécutivement aux applications du médicament, le point de côté a disparu, la dyspnée est moins vive, la toux moins fréquente. De plus, l'état général s'améliore parallèlement et le malade, sorti de son état d'obnubilation et de délire dans lequel il se trouvait, vous dit de suite qu'il va mieux et qu'il jouit d'un grand bien-être. Toutes nos observations sont affirmatives sur ces points. M. Courmont l'a aussi signalé chez des malades qu'il avait traités par les badigeonnages de gaïacol. M. le Pr Soulier se range à cet avis.

IV. Tels sont les phénomènes concomitants qu'on rencontre à côté de l'abaissement thermique immédiat, passager. Mais à côté, de celui-ci, se place l'action antipyrétique durable. C'est elle qui exerce la meilleure influence sur la maladie. En effet, ce n'est plus sur les centres thermiques que le médicament agit alors. C'est contre le processus anatomique lui-même, contre le processus pathologique ou tout au moins contre ses

effets nocifs sur l'organisme qu'il intervient. Aussi cette action antipyrétique hâte-t-elle la défervescence et favorise-t-elle la guérison.

D'après M. Bard, elle doit être mise sur le compte de phénomènes vaso-moteurs que le gaïacol commanderait. Ces derniers auront donc vite raison des phénomènes congestifs, inflammatoires et des phénomènes fébriles qui constituent toute la pneumonie. Répétés tous les jours, même deux fois par jour, les badigeonnages reproduiront donc cet effet vaso-moteur, le plus souvent possible, au gré du praticien. Aussi la splénisation, l'hépatisation rouge disparaîtront vite et la terminaison arrivera au bout de sept à huit jours.

En étudiant l'action antipyrétique durable, nous touchons à l'influence du gaïacol sur l'évolution de la maladie. Même dans les pneumonies où la défervescence est hâtée, nous l'observons; nous voulons dire par là que dans ces cas, la guérison déjà bien précoce est encore accélérée.

En revanche, on a affaire parfois à des pneumonies longues qui ne veulent pas guérir. L'état général n'est pas mauvais, les signes stéthoscopiques ne sont pas alarmants, mais la température fébrile persiste, le point de côté ne s'amende point. Devant ces symptômes si tenaces, on s'effraye facilement et on songe à la tuberculose. Mais l'examen des crachats ne révèle point de bacilles. Alors encore les badigeonnages rendront de grands services et apaiseront vite l'inquiétude du médecin par la grande amélioration qu'ils provoqueront; d'emblée, la courbe thermique baissera, les phénomènes subjectifs disparaîtront et le malade accu-

sera un grand soulagement. Tel est le cas de notre observation VI. Le premier badigeonnage fut fait au dixième jour de la maladie. Un second eut lieu le jour suivant, ils surmontèrent la résistance des processus fébriles et pathologiques, et la défervescence se fit artificiellement le douzième jour. Chez le nègre, le gaïacol a produit le même résultat.

Le gaïacol, on le voit, peut permettre de trancher des questions délicates, relatives aux diagnostics et pronostics.

Mais la guérison peut aussi être retardée par une pneumonie migratrice. Malheureusement, nos observations n'en renferment aucun exemple ; aussi ignorons-nous l'action du corps sur cette forme de pneumonie.

En revanche, nous connaissons parfaitement le rôle du gaïacol dans l'hépatisation grise, cause, elle aussi, du retard de la défervescence. Quand la pneumonie subit cette transformation, les badigeonnages sont impuissants. L'étude de l'observation XI confirme notre opinion.

La note histologique que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Bard, fait bien voir toute l'étendue de la lésion contre laquelle le gaïacol était désarmé :

Enfin, le médicament n'échoue pas toujours dans la pneumonie hyperplasique, capable comme l'hépatisation grise de prolonger la maladie outre mesure et quelquefois d'emporter le malade. Les badigeonnages paraissent parfois pouvoir amener la guérison dans ces cas-là. Jetons les yeux sur l'observation X, elle renferme aussi un examen histologique qui nous fait

connaître que le malade avait bien une pneumonie hyperplasique, ainsi qu'une tuberculose ancienne. Malgré cette forme grave, le traitement a produit pendant quelques jours une amélioration telle que M. Bard restait sceptique ; le fastigium de la courbe avait fait place à une ligne thermique très régulière et normale ; mais bientôt l'infection bacillaire reprit le dessus et fit remonter le thermomètre aux mêmes hauteurs qu'au début. L'état s'aggrava encore et le malade mourut non pas de sa pneumonie, mais de la bacillose généralisée.

Maintenant pouvons-nous préciser l'influence des badigeonnages sur la mortalité ? Certes non. Pour le faire, il nous faudrait d'abord établir une statistique ; or, nous n'avons que onze observations à notre actif ; nous ne pouvons donc satisfaire à cette condition. En outre, nous devrions interpréter les cas de mort. Ceci nous a été possible. Nos deux malades ont été emportés l'un par une tuberculose généralisée, l'autre par une transformation grise. Nous sommes donc dans le droit de les supprimer ; restent les neuf autres : tous ont guéri et se sont bien trouvés du traitement. La pneumonie franche, me dira-t-on, guérit souvent et le plus fréquemment toute seule. Cela est vrai ! mais enfin, on peut avoir des complications, des migrations ; le gaïacol semble justement les prévenir. Aussi concluerons-nous en disant que le gaïacol paraît diminuer la mortalité.

V. Les badigeonnages présentent donc des avantages et des avantages sérieux. Néanmoins, il faut être prudent dans leur administration.

Certes, Sciolla, dans la note sommaire que renfermait

la *Semaine médicale* du 8 avril 1893, n'était pas de cet avis. Il dit qu'il avait atteint la dose de 10 même 30 centimètres cubes par jour ; il ajoute qu'on n'aurait à craindre aucun accident. M. le Pr Bard, dans le *Lyon médical* du 4 juin 1893, prouva bien le contraire. « L'innocuité du gaïacol, dit-il, est loin d'être aussi « grande que l'affirme l'auteur italien. »

En effet, M. le Pr Bard après avoir débuté par des doses de 3 gr. « a été effrayé par la puissance d'action du médicament » et « il n'a plus eu recours qu'à des doses de 2 gr., 1 gr. et même 50 centigr. ». Le cas d'un malade atteint « de pneumonie tuberculeuse massive et ramollie d'un sommet, avec gangrène de la base (autopsie) et de lésions tuberculeuses disséminées du côté opposé » lui apporta « un avertissement sévère et un témoignage redoutable des accidents possibles ». Un seul badigeonnage de 2 gr. provoque en six heures un abaissement de la température à 34°7. « La mort survient dans le coma à huit heures du matin, dix-huit heures après le badigeonnage.

Un autre exemple, chez un malade atteint d'érysipèle de la face fait voir aussi qu'il ne faut pas plaisanter avec ce corps. Un badigeonnage de 2 gr., fait chez ce malade à deux heures de l'après-midi, amena un abaissement de 3° qui fut accompagné de quelques phénomènes de collapsus, de refroidissement des extrémités. Ces deux observations montrent donc la nécessité de la prudence chez les malades trop affaiblis et trop avancés dans un état grave, préagonique ; ensuite, elles indiquent les dangers des doses élevées. Enfin, il faut se méfier aussi des doses répétées plus de deux fois par jour.

Les phénomènes graves de collapsus et d'hyperthermie en sont les effets. De plus, les doses trop longtemps prolongées ont de graves inconvénients. Elles mettent le malade dans un état d'affaiblissement trop grand. Il vaut donc mieux n'employer que des doses moyennes (1 gramme, 75 centigrammes, même 0 50 centigrammes), ne pas les répéter plus de deux fois par jour, ne pas les continuer trop longtemps et surtout les rejeter chez les malades à toute extrémité. Voilà pourquoi M. le professeur Bard ne commence les badigeonnages de gaïacol qu'au quatrième jour de la maladie, si possible.

A l'hôpital, où les malades n'arrivent le plus souvent qu'au quatrième, cinquième jour et même plus de leur pneumonie, on ne peut pas poser de règle fixe. Voilà pourquoi nos malades ont eu leurs applications à des époques bien différentes. L'observation I nous indique que le premier badigeonnage eut lieu le sixième jour ; l'observation II, le septième jour ; l'observation III, le cinquième ; l'observation IV, le sixième ; l'observation V, le sixième jour ; l'observation VII, le douzième jour ; l'observation VIII, le sixième jour ; l'observation IX le quatrième jour ; aussi les défervescences ont-elles varié, mais toujours elles ont été précipitées, avancées. Ainsi le malade, le dernier arrivé dans le service de M. Bard, est un très bon exemple. En effet, c'était sa quatrième pneumonie, et c'est la seule qui ait été traitée de cette sorte. Or, la comparaison entre elle et les trois autres est-elle très intéressante. Dans la quatrième affection, la plus récente, la défervescence, grâce au gaïacol, s'est faite le huitième jour :

dans tous les autres, elle n'est apparue qu'au matin du neuvième; l'une d'elles pourtant n'a commencé qu'au douzième jour, après avoir présenté une pseudo-déferescence; c'est que sur la pneumonie s'était greffée une pneumonie anormale, une pseudo-congestion en rapport avec des vésicules d'herpès survenues à ce moment.

Nous voyons donc, d'après cette étude, toute l'importance des badigeonnages de gaïacol dans la pneumonie. Nous avons constaté que, loin de concentrer toute son action sur les centres thermiques, ses effets se faisaient sentir aussi sur le processus pathologique et sur tous les phénomènes subjectifs.

Il y a loin du gaïacol au sulfate de quinine et à l'antipyrine; s'il n'a pas un si long état de services thérapeutiques que les deux corps précédents, il a du moins une action plus sûre et moins problématique. En effet, ni la quinine ni l'antipyrine n'entravent la marche cyclique de la maladie; ni l'une ni l'autre ne produisent un abaissement de la température aussi rapide et une apyrexie aussi durable.

Et encore doivent-elles être prises à très hautes doses et en un court espace de temps pour pouvoir prétendre à un abaissement léger (dans la pneumonie, seulement, disons-nous). Vaut-il encore mieux préférer le gaïacol au conseil que donnait Magendie: « Vous n'avez donc jamais essayé de ne rien faire »? Le gaïacol n'est pas dangereux aux doses précitées, il permet de dominer, de diriger la marche de la maladie; aussi est-il rationnel de laisser un peu de côté l'expectation déguisée et de tenter la nouvelle médication, libre ensuite, si insuccès il y a, de revenir à l'ancien article de foi.

CONCLUSIONS.

I. Les badigeonnages cutanés de gâiacol déterminent, chez les malades atteints de pneumonie fibrineuse, des abaissements thermiques immédiats et exercent, d'autre part, une influence durable sur la courbe thermique. La mortalité paraît diminuer sous leur influence.

II. Employés pendant la période d'état, ces badigeonnages hâtent la défervescence dans la plupart des cas ; dans les formes prolongées au delà des limites ordinaires, ils peuvent provoquer artificiellement une défervescence qui paraissait devoir faire défaut jusqu'à là. Ils échouent dans l'hépatisation grise, mais semblent pouvoir amener la guérison dans la pneumonie hyperplasique.

III. Ils provoquent le plus souvent d'emblée une sédation très marquée, des phénomènes subjectifs et une amélioration très accusée de l'état général.

IV. Le gaiacol doit être employé chez les adultes à la dose de 1-2 grammes, répétée une à deux fois par jour ; les badigeonnages ne doivent être commencés que vers le quatrième jour de la maladie ; ils sont contre-indiqués par un état général trop grave præsagistique.

VU : LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

BARD.

Permis d'imprimer

Lyon, le 30 mai 1895.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

